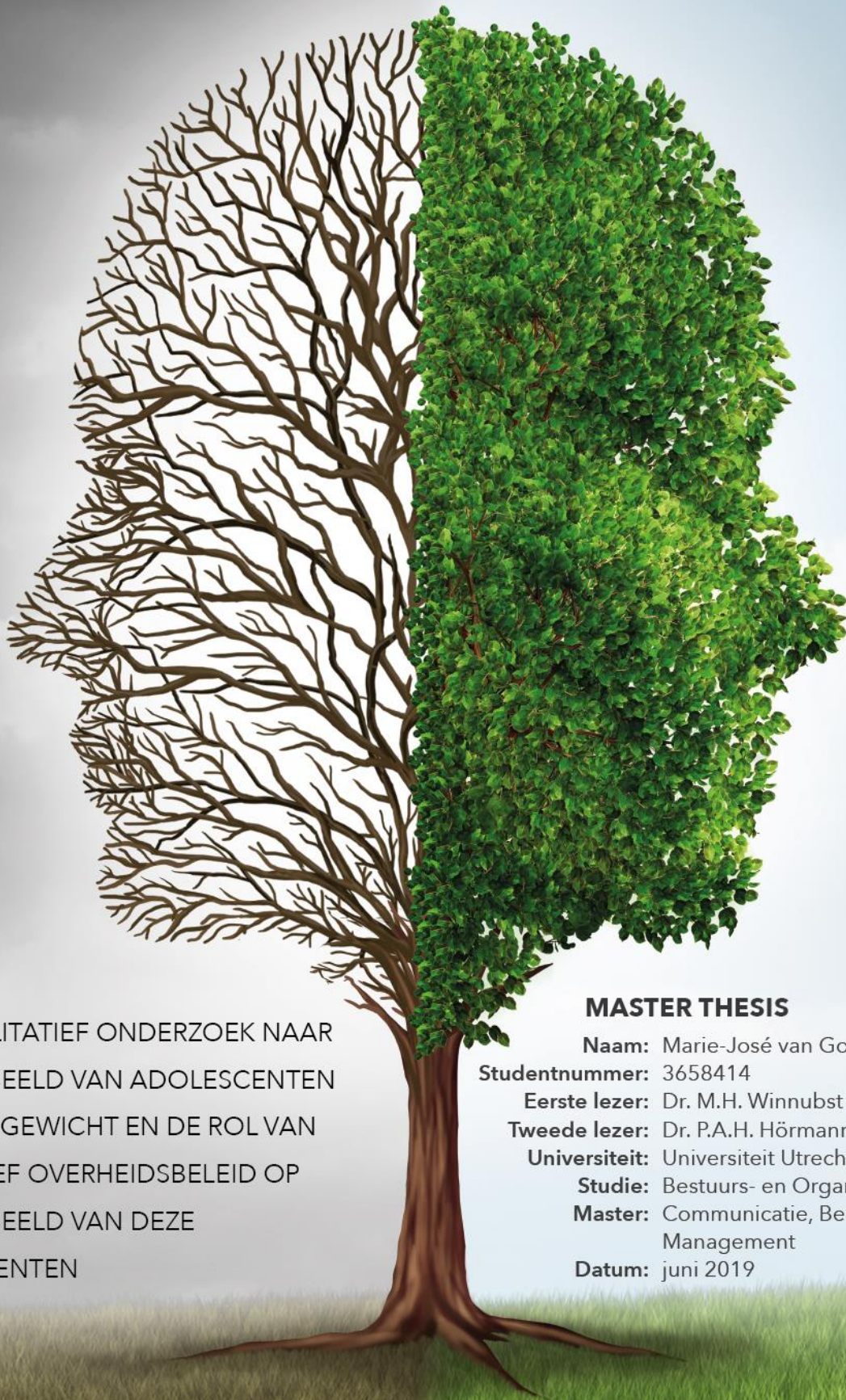


'TE DIK'

EEN (ON)REALISTISCH ZELFBEELD



EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR
HET ZELFBEELD VAN ADOLESCENTEN
MET OVERGEWICHT EN DE ROL VAN
PREVENTIEF OVERHEIDSBELEID OP
HET ZELFBEELD VAN DEZE
ADOLESCENTEN

MASTER THESIS

Naam: Marie-José van Gorp
Studentnummer: 3658414
Eerste lezer: Dr. M.H. Winnubst
Tweede lezer: Dr. P.A.H. Hörmann
Universiteit: Universiteit Utrecht
Studie: Bestuurs- en Organisationswetenschap
Master: Communicatie, Beleid en
Management
Datum: juni 2019

Voorwoord

Geachte lezer,

U vraagt zich waarschijnlijk af hoe een student Communicatie, Beleid en Management komt tot een onderwerp als het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Dat kan ik u vertellen. Als kind had ik (licht) overgewicht. Vanuit mijn omgeving werd ik bestempeld als 'dik', 'mollig', 'gezelligheidseter', 'varkentje' en 'meisje met bolle wangetjes'. Door het constant benadrukken van mijn (over)gewicht ben ik mijzelf op den duur gaan zien als een 'te dik' kind. Ik heb hierdoor mijn hele jeugd geworsteld met mijn zelfbeeld - zelfs toen het overgewicht verdween. Door mijn eigen ervaring vind ik het ontzettend belangrijk dat er (meer) rekening wordt gehouden met de beleveniswereld en het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Zij zijn een kwetsbare doelgroep. Met een diploma als voedingsdeskundige en gewichtsconsulente moge het daarnaast duidelijk zijn dat ik een passie heb voor voeding en 'gezondheid'. De manier waarop 'gezondheid' ons zelfbeeld kan beïnvloeden is minstens zo fascinerend. Ik heb dit onderzoek dan ook met veel plezier uitgevoerd.

Ik wil dit voorwoord gebruiken om eenieder, die mij heeft bijgestaan bij het tot stand brengen van deze masterscriptie, te bedanken. Zonder deze mensen had ik deze masterscriptie nooit tot dit resultaat kunnen brengen. Allereerst gaat mijn dank uit naar Mark Blankwater, contactpersoon bij Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Hij heeft zijn uiterste best gedaan om mij aan respondenten te helpen. Daarbij ook een speciale dankbetuiging aan drie medewerkers van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) die veel moeite hebben genomen om mij te helpen aan respondenten en relevante contacten. Verder wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle steun die zij geboden hebben tijdens het onderzoeksproces. Tevens gaat mijn dank uit naar mijn begeleider Madeline Winnubst. Madeline heeft met haar kennis, raad, steun en geduld ervoor gezorgd dat mijn onderzoeksrapport is afgerond. Zeker wanneer het vinden van respondenten onmogelijk leek, bleef Madeline mij onvermoeid steunen. Mijn dank is dan ook groot voor alles wat zij gedaan heeft voor mij en het onderzoek. Tot slot wil ik alle respondenten bedanken dat zij de tijd en moeite hebben genomen om deel te nemen aan het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier!

Marie-José van Gorp
Utrecht, Juni 2019

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	1
1.1	PROBLEEMSTELLING.....	2
1.2	MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	3
1.3	WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	3
1.4	LEESWIJZER.....	4
2	METHODOLOGIE	5
2.1	KWALITATIEF ONDERZOEK.....	5
2.2	DATA VERZAMELING	5
2.2.1	<i>Literatuurstudie</i>	5
2.2.2	<i>Semigestructureerde interviews</i>	6
2.3	DATA ANALYSE	9
2.4	KWALITEITSCRITERIA VOOR KWALITATIEF ONDERZOEK	10
3	THEORETISCH KADER	11
3.1	OVERGEWICHT	11
3.1.1	<i>Vaststellen van overgewicht</i>	11
3.1.2	<i>Gezondheid als normatief begrip</i>	13
3.2	ZELFBEELD	15
3.2.1	<i>Zelfbewustzijn</i>	16
3.2.2	<i>Zelfwaardering</i>	17
3.2.3	<i>Preventief overheidsbeleid en de psychische last van overgewicht</i>	20
4	RESULTATEN	24
4.1	BEWUST ZIJN VAN- EN MOTIVATIE OM OVERGEWICHT TEGEN TE GAAN	24
4.2	DE ROL VAN DRUK, ANGST EN AFWIJZING OP HET ZELFBEWUSTZIJN VAN ADOLESCENTEN	27
4.3	WAARDERING VAN DE EIGEN PERSOON.....	30
4.4	ATTRIBUTIE VAN PRESTATIE EN SUCCES	32
4.5	ROL VAN DE SOCIALE OMGEVING OP HET ZELFBEELD.....	33
4.6	GEZONDHEID.....	36
4.7	PREVENTIEF OVERHEIDSBELEID.....	39
5	CONCLUSIE	42
6	DISCUSSIE	46
6.1	ONDERZOEKSPROCES	46
6.2	ROL VAN DE ONDERZOEKER	47
6.3	AANBEVELINGEN.....	48
	LITERATUURLIJST	50
	BIJLAGE 1	57
	BIJLAGE 2	59
	BIJLAGE 3	60
	BIJLAGE 4	62
	BIJLAGE 5	63

Samenvatting

Ondanks preventieve maatregelen die vanuit de Rijksoverheid worden genomen om overgewicht¹ in Nederland tegen te gaan, blijft overgewicht onder adolescenten toenemen, met allerlei fysieke en psychosociale gevolgen van dien. In 2018 had bijna één op de zeven kinderen en adolescenten (2 tot 25 jaar) overgewicht. Van de 'oudere' adolescenten (18 tot 25 jaar) bleek bijna een kwart te zwaar. Daarnaast gaf één op de drie van hen aan ontevreden te zijn over hun 'ongezonde' gewicht'.

Probleemstelling

Dit kwalitatieve onderzoek, welke exploratief van aard, heeft als doel inzicht te bieden in het zelfbeeld² van adolescenten met overgewicht in Nederland. Deze studie onderscheidt zich van eerder onderzoek doordat het verschillende wetenschappelijke disciplines met elkaar verbindt, namelijk sociale psychologie, gezondheidswetenschappen en beleidswetenschappen. Daarbij wordt het perspectief van de adolescent in kwestie centraal gesteld. In het onderzoek staat een tweeledige hoofdvraag centraal, namelijk wat het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht is en of deze groep zich bewust is van de preventieve maatregelen die vanuit de Rijksoverheid worden genomen om overgewicht tegen te gaan- en zo ja, hoe deze maatregelen een rol spelen in hun zelfbeeld.

Methode

Allereerst is er een literatuurstudie uitgevoerd. Deze is benut om theoretische lacunes te achterhalen, om zo tot de twee bovenstaande hoofdvragen te komen die als leidraad fungeren in het onderzoek. Tevens is de literatuurstudie gebruikt om het theoretisch kader vorm te geven. Het biedt daarmee inzicht in moeilijk definieerbare, complexe en veranderlijke theoretische concepten, zoals het 'zelfbeeld' en 'overgewicht'. Tevens wordt er inzicht geboden in de heersende discussies die naar voren zijn gekomen in de wetenschappelijke literatuur. De literatuurstudie is vervolgens gebruikt voor het ontwikkelen van de topiclijst. De empirische data is het resultaat van achttien semigestructureerde interviews met adolescenten met overgewicht in de leeftijdscategorie van veertien tot en met twintig jaar.

¹ Bij ernstig overgewicht spreekt men van obesitas. Hoe hoger de Body Mass Index (BMI), hoe ernstiger de mate van het overgewicht (Bosch, Daansen, & Braet, 2004). In het onderzoeksrapport wordt van overgewicht gesproken. Hiermee wordt overgewicht en ernstig overgewicht bedoeld.

² Zelfbeeld wordt in dit onderzoeksrapport gedefinieerd als: een totaal aan indrukken, ideeën en waarnemingen over het eigen 'ik', dat in de loop der ontwikkeling geleidelijk vorm krijgt. Het zelfbeeld is geen vaststaand construct en blijft in ontwikkeling (van Beemen, 2010).

Conclusie & Resultaten

Hoofdvraag 1 Wat is het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

Uit dit onderzoek kan geen generaliseerbare conclusie worden getrokken. Het zelfbeeld en de rol van de facetten waarmee het zelfbeeld samenhangt is per respondent verschillend. Wel komen een aantal facetten naar voren die een rol lijken te spelen in het zelfbeeld van (een deel van) de respondenten.

Sociale media blijkt het zelfbeeld van één derde van de respondenten negatief te beïnvloeden. Met name doordat deze respondenten het gevoel hebben niet te (kunnen) voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal'.

Verder komt zowel uit de literatuurstudie als uit de empirie naar voren, dat het zelfbeeld niet altijd afhangt van een positief of negatief vertrouwen in het zelf. Zo geeft één derde van de respondenten aan dat ondanks het feit dat pesten hun zelfbeeld negatief beïnvloedde, dit pestgedrag er uiteindelijk voor heeft gezorgd dat hun zelfvertrouwen sterker is geworden.

Tevens blijkt zowel uit de literatuurstudie als de empirie dat de zelfwaardering van de respondenten samenhangt met de verwachting dat de respondent zijn taken tot een 'goed' einde kan brengen. Twee derde van de respondenten hebben redelijk tot veel vertrouwen in hun eigen kunnen, ook ten aanzien van hun overgewicht, waardoor het zelfbeeld gelijk blijft of stijgt.

Verder lijkt de overtuiging dat de respondent zichzelf als een 'waardevol' persoon beschouwt geen garantie dat hun 'falen' (het aanhoudende overgewicht) geen rol speelt op de negatieve waardering van de eigen persoon. De helft van de respondenten ziet het zelfbeeld namelijk verminderen door het aanhoudende overgewicht, maar spreken wel waardering uit voor de eigen persoon.

Ook de sociale omgeving van een respondent lijkt een rol te spelen in het zelfbeeld van de respondent. Twee derde van de respondenten ziet het zelfbeeld positief bekrachtigd worden door 'steun' uit de sociale omgeving. Deze steun kan zich uiten in meerdere vormen: erkenning, acceptatie, bemoediging en het geven van complimenten. Een derde van de respondenten ziet het zelfbeeld echter dalen. Vooral (te) veel negatieve of vervelende opmerkingen ten aanzien van het (over)gewicht of het uiterlijk worden genoemd.

Hoofdvraag 2 Zijn adolescenten met overgewicht zich bewust van het preventiebeleid van de Rijksoverheid als het gaat om het tegengaan van overgewicht en zo ja, hoe spelen deze maatregelen een rol in het zelfbeeld van de adolescenten?

De meeste respondenten beschikken over kennis en zijn zich bewust van enkele overheidsmaatregelen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan, maar lijken niet uit zichzelf het verband te leggen dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid. Daarbij lijkt het preventieve Rijksbeleid indirect een rol te spelen in het zelfbeeld van (een deel van) de respondenten.

Uit de literatuur komt naar voren dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht de laatste decennia is toegenomen. Uit zowel de literatuur als de empirie blijkt, voor ongeveer de helft van de respondenten, dat wanneer zij doorhebben dat er negatief over hun sociale groep gedacht wordt, dit een negatieve rol speelt in hun zelfbeeld en ertoe leidt dat zij zich minder snel (willen) identificeren met deze groep. Daarbij komt naar voren dat het label 'overgewicht', welke nagenoeg alle respondenten verkregen middels het meten van de Body Mass Index (BMI), niet correspondeert met het beeld dat ongeveer één derde van de respondenten heeft van zichzelf.

Verder blijkt dat er zowel vanuit de wetenschap, het Rijksbeleid, de maatschappij en door nagenoeg alle respondenten, de eigen verantwoordelijkheid van het (tegengaan van) overgewicht bij de adolescent met overgewicht zelf wordt gelegd. Bij één derde van de respondenten is het zelfbeeld verlaagd doordat zij zichzelf verantwoordelijk houden voor hun eigen overgewicht.

Daarnaast komt zowel uit de literatuur als de empirie (een derde van de respondenten) naar voren dat er vanuit de maatschappij (te veel) aandacht is voor het fysieke aspect van overgewicht en minder of geen aandacht voor het psychische aspect dat overgewicht met zich meebrengt. Deze respondenten zien hun zelfbeeld verlagen door het overgewicht, waardoor het overgewicht toeneemt en hun zelfbeeld verder verlaagt. De psychosociale gevolgen van overgewicht lijken zodoende niet alleen een gevolg van het overgewicht van deze respondenten, maar ook een mogelijke oorzaak van hun overgewicht.

Aanbevelingen

Aangezien het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht en met eventuele vervolgonderzoeken beter aansluitende fysieke en psychosociale zorg voor adolescenten met overgewicht te realiseren, worden naar aanleiding van dit onderzoeksrapport twee aanbevelingen gedaan:

Aanbeveling 1 (Beter) rekening houden met het psychische aspect van overgewicht

Uit het onderzoek (zowel de literatuur als de empirie) komt naar voren dat overgewicht niet enkel gediagnosticeerd en behandeld moet worden als een medische aandoening. Uit de empirie kwam naar voren dat psychische problematiek het overgewicht in stand houdt of verergerd en daarmee een negatieve rol speelt op het zelfbeeld van een deel van de respondenten. Om het overgewicht tegen te gaan en het zelfbeeld van de adolescent te beschermen is het zodoende van belang dat er bij het maken en uitvoeren van beleid meer rekening wordt gehouden met psychosociale gevolgen die het hebben van overgewicht met zich mee kan brengen. Een vervolgstudie naar de psychische effecten van overgewicht onder adolescenten en hun visie op de behandeling van hun overgewicht, zou hier meer inzicht in kunnen bieden. Ook is het aan te raden om de vervolgstudie te laten plaatsvinden door een vertrouwenspersoon of iemand die oog heeft voor het psychologische aspect waarmee deze respondenten worstelen, aangezien het een emotioneel beladen onderwerp betreft.

Aanbeveling 2 Aansluiting zoeken bij de beleveniswereld van de adolescent met overgewicht

Beleidsmakers en hulpverleners zouden betere aansluiting kunnen zoeken bij de beleveniswereld van adolescenten met overgewicht. Uit de empirie komt naar voren dat de meeste respondenten beschikken over kennis en zich bewust zijn van enkele overheidsmaatregelen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan. Toch leggen zij niet uit zichzelf het verband dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid. Dit kan te maken hebben met de inzichtelijkheid van deze beleidsmaatregelen voor adolescenten. Het gebruik van sociale media zou een goed middel kunnen zijn voor beleidsmakers en hulpverleners om meer adolescenten te bereiken en om de kloof te dichten tussen 'saai niet inzichtelijk en/of duidelijk beleid' en 'interessante en leuke beleidsmaatregelen'. Hierbij is het tevens van belang om de communicatiestijl aan te passen op de beleveniswereld van adolescent, dit aangezien de meeste respondenten niet precies weten wat beleidsmaatregelen inhoudt.

1 Inleiding

De statistieken liegen er niet om: 'in 2018 had 16 procent van de kinderen en adolescenten (2 tot 25 jaar) overgewicht (en obesitas³). Van de 'oudere' adolescenten (18 tot 25 jaar) was bijna een kwart te zwaar. Daarbij geeft drie op de tien adolescenten met overgewicht in de periode 2016-2018 aan ontevreden te zijn over hun 'ongezonde' gewicht' (CBS, 2019). In het Nationaal Preventieakkoord (2018, p. 37) staat beschreven dat 'overgewicht tot de belangrijkste volksgezondheidsproblemen behoren van dit moment. Zo is overgewicht na roken de belangrijkste oorzaak van ziekte(n). Het aantal ongezonde levensjaren (doorgebracht met ziekte(n) en beperkingen) als gevolg van overgewicht kost de Nederlandse maatschappij jaarlijks veel geld.'

Uit onderzoek van Renders, Seidell, van Mechelen en Hirasig (2004) blijkt dat er aan overgewicht een groot aantal gezondheidsrisico's kleven, zoals hart en vaatziekten, diabetes, klachten aan de botten, leververvetting, orthopedische problemen en (slaap) apneu. Al deze ziekteverschijnselen kunnen vroegtijdige sterfte tot gevolg hebben. In de gezondheidswetenschappen vinden veel onderzoeken plaats onder adolescenten⁴ met overgewicht, deze zijn bijna uitsluitend kwantitatief van aard en gaan vooral in op signaleringsprotocollen, ziekteverschijnselen en (minder) effectieve behandelingsstrategieën (Braet & van Winckel, 2001; Moens & Braet, 2001; Bell & Morgan, 2000). Deze onderzoeken zijn voornamelijk gericht op het tegengaan van het fysieke aspect van overgewicht. Sinds 1998 bestempeld de World Health Organization (WHO) overgewicht als een ziekte en is daarmee tot een medisch probleem gekwalificeerd (Bosch, Daansen & Braet, 2011). Er bestaat echter onduidelijkheid in de wetenschappelijke literatuur over hoe 'gezondheid' gedefinieerd en 'overgewicht' (onder adolescenten) gediagnosticeerd moet worden. Daarom zullen deze twee concepten in het onderzoek verder toegelicht worden.

Overgewicht brengt echter niet alleen fysieke risico's met zich mee. Overgewicht kan ook een negatief effect hebben op het psychosociale welzijn van mensen. De wijdverbreide stigmatisering van overgewicht leidt bijvoorbeeld tot adolescenten die gepest worden, volwassenen met een lagere kans op banen en psychisch leed (VWS, 2018). Pieterman (2018a) benoemt dat adolescenten die nog bezig zijn met het vormen van een eigen identiteit, gebukt gaan onder een 'obesogene' samenleving waarbij de nadruk ligt op het tegengaan van 'te dik' en 'on gezond' zijn.

In de sociale psychologie wordt voornamelijk kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Zo hebben Klaczynski, Goold en Mudry (2004) middels kwantitatief onderzoek de relatie tussen (over)gewicht, zelfperceptie en de perceptie van anderen gemeten. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van de ander en niet vanuit het perspectief van het subject zelf. Uit het onderzoek van Klaczynski et al. (2004) blijkt dat overgewicht niet alleen fysieke consequenties met zich meedraagt, vaak is er ook een psychische last aan

³ Bij ernstig overgewicht spreekt men van obesitas. Hoe hoger de Body Mass Index (BMI), hoe ernstiger de mate van het overgewicht (Bosch, Daansen, & Braet, 2004). In het onderzoeksrapport wordt van overgewicht gesproken. Hiermee wordt overgewicht en ernstig overgewicht bedoeld.

⁴ Adolescentie is de levensfase tussen kindertijd en volwassenheid, namelijk 10 tot 24 jaar (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

verbonden. 'Beelden die heersen in onze maatschappij en vanuit de Rijksoverheid gepromoot worden, namelijk dat de burger zelf verantwoordelijk is voor het maken van een 'gezonde keuze' en zodoende zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar eigen gezondheid, kan terugslaan op het beeld dat adolescenten van zichzelf hebben' (Pieterman, 2018a). Uit kwantitatief onderzoek van Pierce en Wardle (1997) blijkt dat kinderen die aangeven zelf verantwoordelijk te zijn voor hun overgewicht een lagere zelfwaardering hebben dan kinderen die hun overgewicht toeschrijven aan externe factoren. Op het gebied van zelfbeeld van adolescenten met overgewicht hebben Strauss en Pollack (2003) kwantitatief onderzoek gedaan naar gevolgen van overgewicht en een laag zelfbeeld⁵ en problemen op latere leeftijd. Uit deze studies blijkt dat overgewicht een negatieve impact heeft op het zelfbeeld van adolescenten.

Hoewel er veel onderzoek is uitgevoerd naar het zelfbeeld van adolescenten en naar overgewicht onder adolescenten is het toch zo dat deze twee onderwerpen weinig gekoppeld worden in kwalitatief onderzoek, vanuit het perspectief van het 'subject'. In dit kwalitatieve onderzoek, welke exploratief van aard, wordt het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht onderzocht door middel van een literatuurstudie en achttien semigestructureerde interviews met adolescenten met overgewicht.

1.1 Probleemstelling

Hoewel er preventieve maatregelen worden genomen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan, blijft overgewicht onder adolescenten toenemen, met allerlei fysieke en psychosociale gevolgen. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te bieden in het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht in Nederland en de mate waarin deze groep zich bewust is van de preventieve maatregelen die vanuit de Rijksoverheid worden genomen om overgewicht tegen te gaan - en zo ja, hoe deze maatregelen een rol spelen in het zelfbeeld van de respondenten. Op den duur hoop ik met mijn onderzoek en eventuele vervolgstudies beter aansluitende fysieke en psychosociale zorg voor adolescenten met overgewicht te realiseren. De hoofdvragen luiden als volgt:

Hoofdvraag 1 Wat is het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

Allereerst is een literatuurstudie uitgevoerd naar de betekenis en het tot stand komen van het zelfbeeld van adolescenten. Daarnaast is deze hoofdvraag beantwoord op basis van empirisch onderzoek. Door middel van achttien semigestructureerde interviews is onderzocht hoe de respondenten tegen hun eigen overgewicht aankijken. Zien de respondenten in dat zij overgewicht hebben en zien zij overgewicht als een probleem? Het zelfbeeld wordt gevormd, en dus onderzocht, aan de hand van het zelfbewustzijn en de zelfwaardering.

⁵ Zelfbeeld wordt in dit onderzoeksrapport gedefinieerd als: een totaal aan indrukken, ideeën en waarnemingen over het eigen 'ik', dat in de loop der ontwikkeling geleidelijk vorm krijgt. Het zelfbeeld is geen vaststaand construct en blijft in ontwikkeling (van Beemen, 2010).

Hoofdvraag 2 Zijn adolescenten met overgewicht zich bewust van het preventiebeleid van de Rijksoverheid als het gaat om het tegengaan van overgewicht en zo ja, hoe spelen deze maatregelen een rol in het zelfbeeld van de adolescenten?

Adolescenten ontvangen vanuit verschillende media de boodschap 'dik' zijn is ongezond, maar waar is 'dik' zijn op gebaseerd? En als 'dik' zijn ongezond is wat houdt 'gezond' zijn dan in? De literatuurstudie gaat in op 'gezondheid' als normatief begrip, de betrouwbaarheid van de BMI als meetinstrument om overgewicht onder adolescenten te meten en de risico's van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. In het empirisch onderzoek is door middel van achttien semigestructureerde interviews onderzocht of de respondenten zich bewust zijn van de maatregelen die de overheid neemt om overgewicht tegen te gaan. Daarbij is onderzocht hoe deze overheidsmaatregelen een rol spelen in het zelfbeeld van de respondenten.

Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Middels hen is er via de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in Den Bosch en Utrecht een aantal respondenten benaderd voor deelname aan het onderzoek.

1.2 Maatschappelijke relevantie

Overgewicht behoort tot de belangrijkste volksgezondheidsproblemen van dit moment. Overgewicht kost de Nederlandse maatschappij jaarlijks erg veel geld. Daarbij heeft overgewicht vaak een negatief effect op het psychosociale welzijn van onder andere adolescenten (VWS, 2018). Doordat 'overgewicht' wordt gedefinieerd en behandeld als een ziekte bestaat het risico dat de maatschappij de gevoelens en emoties van adolescenten met overgewicht uit het oog verliezen (Bosch et al., 2011). Adolescenten gaan daarbij gebukt onder een maatschappij waar het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal' geen ruimte laat voor 'on gezond' gewicht (Pieterman, 2018a). De Rijksoverheid maar ook lokale overheden, zorginstanties, zorgprofessionals, maatschappelijk betrokken instanties, scholen, hulpverleners en ouders kunnen dit onderzoek gebruiken om meer inzicht te verkrijgen in het zelfbeeld van een adolescent met overgewicht, om uiteindelijk beter aansluitende fysieke en psychosociale zorg voor adolescenten met overgewicht te realiseren.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke kennis over het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Hoewel er veel kwantitatief onderzoek wordt uitgevoerd naar het zelfbeeld en/of overgewicht van adolescenten, voornamelijk vanuit wetenschappelijke disciplines als gezondheidswetenschappen en de sociale psychologie, is het toch zo dat deze twee concepten weinig worden verbonden middels kwalitatief onderzoek. Uit de kwantitatieve studie van Strauss en Pollack (2003) komt bijvoorbeeld naar voren dat overgewicht een negatieve rol speelt op het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Het is relevant om na te gaan of de resultaten uit het kwantitatieve onderzoek ook in kwalitatief onderzoek naar voren komt. Bij het doorlezen van de literatuur is tevens opgevallen dat er in de wetenschappelijke literatuur veel onenigheid bestaat,

tussen en binnen verschillende wetenschappelijke disciplines, over het definiëren van concepten als 'zelfbeeld' en 'gezondheid'. Vandaar dat er middels een literatuurstudie gekozen is om deze concepten toe te lichten. Tevens wordt de relatie tussen het zelfbeeld van adolescenten en hun overgewicht weinig onderzocht vanuit het perspectief van het subject zelf. Dit onderzoek onderscheidt zich van eerder onderzoek doordat het verschillende wetenschappelijke disciplines met elkaar verbindt, namelijk sociale psychologie, gezondheidswetenschappen en beleidswetenschappen, middels kwalitatief onderzoek. Daarbij wordt het perspectief van het 'subject' centraal gesteld.

1.4 Leeswijzer

- Hoofdstuk 2** Beschrijving van de gekozen methoden en technieken die gebruikt zijn in het onderzoek, daarbij wordt ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.
- Hoofdstuk 3** Uiteenzetting van belangrijke concepten als: 'overgewicht' en 'zelfbeeld'. Onder het concept 'overgewicht' zijn heersende wetenschappelijke discussies aangehaald, zoals het vaststellen van overgewicht en gezondheid als normatief begrip. Onder het concept zelfbeeld is ingegaan op het zelfbewustzijn en de zelfwaardering, die samen het zelfbeeld vormen. Verder wordt ingegaan op de heersende wetenschappelijke discussie over de rol van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht.
- Hoofdstuk 4** Uiteenzetting van de resultaten van het empirisch onderzoek. Deze worden gekoppeld aan de bevindingen uit hoofdstuk 3.
- Hoofdstuk 5** Beschrijving van de belangrijkste resultaten. Daarbij wordt een antwoordt geformuleerd op de hoofdvragen.
- Hoofdstuk 6** Reflectie op het onderzoeksproces en de resultaten die voort zijn gekomen uit het onderzoeksproces. Het onderzoeksrapport wordt afgesloten met twee aanbevelingen.

2 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gekozen aanpak van het onderzoek. Allereerst zal uiteengezet worden waarom er is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Vervolgens is de wijze van data verzameling beschreven en de wijze waarop die data geanalyseerd is. Tot slot wordt de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek beargumenteerd.

2.1 Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. ‘Het uitgangspunt van kwalitatief onderzoek is dat mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en op basis van deze betekenisgeving handelen’ (Boeije, 2012, p. 31). Kwalitatief onderzoek is passend, aangezien het gaat om het zelfbeeld van adolescenten. De onderzoeksmethoden passend bij kwalitatief onderzoek maken het mogelijk om het onderzoeksonderwerp te bestuderen vanuit zijn of haar eigen perspectief (Boeije, 2012, p. 27). Het onderzoek is exploratief van aard. De adolescenten zijn zelf het object van studie. Daarbij is het doel van het onderzoek om het onderzoeksonderwerp te verkennen en te beschrijven voor eventueel vervolgonderzoek.

2.2 Data verzameling

In dit onderzoek zijn twee onderzoeksmethoden ingezet, namelijk: een literatuurstudie en achttien semigestructureerde interviews met adolescenten met overgewicht.

2.2.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie is benut om theoretische lacunes te achterhalen om zo tot de twee hoofdvragen te komen die als leidraad fungeren in het onderzoek. Tevens is de literatuurstudie gebruikt om het theoretisch kader vorm te geven. Het biedt inzicht in moeilijk definieerbare, complexe en veranderlijke theoretische concepten, zoals ‘zelfbeeld’ en ‘overgewicht’. Daarbij wordt inzicht geboden over heersende discussies die naar voren zijn gekomen in de wetenschappelijke literatuur, zoals: ‘gezondheid als normatief begrip’, ‘aandacht voor het psychische aspect van overgewicht’, ‘de BMI als instrument om overgewicht te meten’ en ‘de rol van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van adolescenten’ (Boeije, 2012). Daar deze concepten sociale constructen betreffen, welke gebaseerd zijn op en afhankelijk van maatschappelijke normen, richt de literatuurstudie zich op de (maatschappelijke) betekenis van deze concepten en de rol van deze concepten op het zelfbeeld van de adolescenten met overgewicht. Om een impressie te krijgen van belangrijke concepten als ‘zelfbeeld’ en ‘gezondheid als normatief begrip’, is begonnen met het doorlezen van een aantal sociaal psychologische en gezondheidspsychologische boeken, zoals Vonk (2013), Morrison en Bennett (2013) en van Beemen (2010). Deze boeken zijn mede gebruikt als bron voor meer relevante auteurs en artikelen.

Ook 'Google Scholar' is gebruikt om aan wetenschappelijke literatuur te komen. Zo zijn de volgende zoektermen gebruikt: 'prevalence of obesity', 'adolescent development', 'self perception', 'self image', 'self concept', 'self worth', 'self esteem', 'obesity and self image', 'childhood obesity epidemic', 'defining health', 'health and obesity', 'obesity definitions', 'social norms and obesity', 'body mass definitions', 'diagnostiek obesitas', 'body mass index validity'. Om de relevantie van de gevonden literatuur voor dit onderzoek te bepalen is allereerst de inleiding, samenvatting en/of de conclusie doorgelezen. Verder is de getracht de kwaliteit van de literatuur te waarborgen door auteurs of wetenschappelijke artikelen te gebruiken die meermaals geciteerd zijn of meerdere onderzoeken of boeken over het betreffende onderwerp op hun naam hebben staan. De geselecteerde literatuur is tevens nagelopen op relevante auteurs of onderzoeken.

2.2.2 Semigestructureerde interviews

Om het zelfbeeld van adolescenten te onderzoeken zijn er achttien semigestructureerde interviews afgenomen met adolescenten die overgewicht hebben. Naar aanleiding van de literatuurstudie en voorafgaand aan het empirisch onderzoek is een topiclijst met vragen opgesteld die getest is op twee personen uit het sociale netwerk van de onderzoeker (zie bijlage 1 voor de definitieve topiclijst). Met het oog op het zelfbeeld van het onderzoeksobject is gekozen voor interviews om de individuele perceptie van de respondenten te onderzoeken. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews aangezien deze manier van interviewen de onderzoeker de ruimte geeft om voorafgaand aan de interviews een topiclijst op te stellen welke als leidraad fungeert door de interviews heen. Daarbij is er de vrijheid de formulering, volgorde van de onderzoeksvragen en eventuele vervolgvragen aan te passen door het interview heen. Op deze manier is getracht om meer en gedetailleerde informatie te verkrijgen (Boeije, 2012). De interviews zijn opgenomen met een memorecorder en door de onderzoeker getranscribeerd.

2.2.2.1 Selectie van respondenten

Er is voor adolescenten gekozen, omdat kinderen vanaf het tiende levensjaar in een formeel operationeel stadium terechtkomen. De adolescent kan nu oorzaak-gevolg relaties beredeneren. Hij of zij kan zich in dit stadium distantiëren van het inhoudelijke aspect van een probleem en door logisch te redeneren tot een eindconclusie komen (van Beemen, 2010, p. 117). Een adolescent kan dus beredeneren hoe hij of zij eruitziet ten opzichte van zijn of haar leeftijdsgenoten, maar hij of zij zal ook beter begrijpen en kunnen uitleggen wat de oorzaak van het overgewicht is en de gevolgen die hiermee samenhangen.

Daarbij is in eerste instantie gezocht naar respondenten in de leeftijd van 10 tot 19 jaar. Het bleek echter erg lastig om voldoende respondenten te vinden. Adolescentie is de levensfase die zich uitstrekt tussen de kindertijd en volwassenheid. Wanneer iemand precies als adolescent gezien wordt is bijvoorbeeld per cultuur of tijdbestek verschillend. Het daarom lastig om universele standaarden vast te leggen voor wanneer de adolescentie begint en eindigt (Ensie, 2016). De reikwijdte van adolescentie tussen 10 tot 19 jaar stamt nog af van midden 20^e eeuw. Echter het leven van een adolescent zag er een halve eeuw geleden anders uit dan nu. Zo trouwt of studeert men tegenwoordig bijvoorbeeld later (af), iets wat vroeger de overgang naar volwassenheid betekende (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018). Daarom pleitten wetenschappers als Sawyer et al. (2018) voor een uitgebreide en meer omvattende definitie van adolescentie namelijk van 10 tot

24 jaar. Zij geven aan dat dit tijdsspan beter past bij hedendaagse patronen van adolescentiegroei. Vandaar dat besloten is om de leeftijd van de respondenten te verhogen naar 24 jaar (zie hoofdstuk 6).

De zoektocht om voldoende respondenten te vinden is erg moeizaam verlopen. Via JOGG is contact gelegd met de GGD in Den Bosch en Utrecht. De onderzoeker mocht bij het spreekuur van een medewerkster van de GGD zitten. De GGD-medewerker heeft de onderzoeker voorgesteld aan de adolescenten, waarna de onderzoeker het onderzoek heeft toegelicht en heeft gevraagd of de adolescent wenste deel te nemen aan het onderzoek. Op deze manier zijn drie respondenten gevonden om te interviewen. Tevens heeft de onderzoeker meegelopen met verschillende medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Utrecht, namelijk een arts en twee verpleegkundigen. Deze afspraken liepen op weinig uit. Bij het consult met een verpleegkundige wilden alle adolescenten niet geïnterviewd worden. Bij het consult van de arts kwamen de twee adolescenten die gepland stonden niet opdagen. Ook heeft de onderzoeker twee dagen gesprekken met een derde verpleegkundige op een middelbare school in Utrecht mogen bijwonen, waar acht adolescenten met overgewicht zouden komen. Hiervan zijn zeven adolescenten niet komen opdagen. De enige adolescent die kwam opdagen is ter plekke (in een leegstaand lokaal) geïnterviewd.

In eerste instantie is afgesproken, in samenwerking met JOGG, om in Utrecht en Den Bosch naar respondenten te zoeken. Aangezien de zoektocht naar respondenten uiterst moeizaam verliep is besloten om respondenten door heel Nederland heen te zoeken. Hierbij is een document opgesteld met informatie voor de adolescenten (zie bijlage 2). Om de respons te verhogen is ook gebruik gemaakt van sociale media, zoals een oproep op verschillende facebook pagina's. Deze oproepen leverde geen respondenten op. Voorts is er toestemming gevraagd aan drie sportscholen in Utrecht om adolescenten met overgewicht te werven voor het onderzoek. Dit mocht in alle gevallen niet. De pogingen om via diëtisten en jeugdinstaties aan respondenten te komen liepen op niets uit. Om de zoektocht te vergemakkelijken is vervolgens besloten om de respondenten niet alleen face-to-face te interviewen, maar ook telefonisch interviews af te leggen. Vooraf is toestemming gevraagd (en mondeling verkregen) aan de ouders van de adolescenten, jonger dan 16 jaar, voor deelname aan het onderzoek (zie bijlage 3).

Uiteindelijk zijn de respondenten voornamelijk gevonden middels de sociale contactenkring van de onderzoeker. Echter, de mensen in de sociale omgeving van de onderzoeker waren in eerste instantie terughoudend om adolescenten met overgewicht aan te dragen. Zo gaven zij aan bang te zijn deze adolescenten te 'beledigen' door hen te vragen om deel te nemen aan een onderzoek gericht op overgewicht (zie hoofdstuk 6). Daarbij heeft ook een beloning van vijf euro voor deelname aan het onderzoek geholpen om adolescenten over te halen deel te nemen aan het onderzoek. Om willekeur te voorkomen en zodoende de objectiviteit te vergroten is er tevens voor gekozen dat alle respondenten geen directe bekenden (familie en vrienden) van de onderzoeker zijn (zie hoofdstuk 6).

Verder is er in eerste instantie gestreefd naar adequate en evenredige weergave van de onderzoekspopulatie (zie hoofdstuk 6). Uiteindelijk zijn er acht jongens en tien meisjes geïnterviewd. Hiervan zijn er elf laagopgeleid (vmbo of mbo) en zeven hoogopgeleid (havo, vwo en hbo). De leeftijd van de respondenten ligt tussen de 14 en 21 jaar, waarvan twaalf van de respondenten 18 jaar of

ouder zijn en zes respondenten jonger zijn dan 18 jaar (zie bijlage 4 voor een volledig overzicht van de respondenten).

2.2.2.2 Ethische kwesties en rol van de onderzoeker

Tijdens de interviews zijn er maatregelen genomen ten behoeve van ethische kwesties. Voorafgaand aan de interviews is de bedoeling, inhoud en duur van het onderzoek gedeeld met de respondenten zodat zij wisten wat zij konden verwachten. Verder zijn alle respondenten vooraf geïnformeerd over dat de interviews opgenomen zouden worden en is er medegedeeld dat zij de optie hadden om een vraag niet te beantwoorden. Ook is aangegeven dat het onderzoek op elk moment stop kon worden gezet. Daarbij is aangegeven dat de respondenten geanonimiseerd worden - dit om de privacy van de respondenten te waarborgen en de openheid te bevorderen. Daarnaast zijn alle respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek geïnformeerd over de uiteindelijke presentatie en publicatie van het onderzoek. Alle respondenten die interesse hebben in het onderzoeksrapport kunnen deze na afloop inzien. Hiervoor zijn emailadressen genoteerd. Verder is beoogd om de kans op 'reactiviteit' te verminderen door de interviews telefonisch plaats te laten vinden (zie hoofdstuk 6). 'Reactiviteit is de neiging van respondenten om het gedrag te veranderen als zij worden gadeslagen door een onderzoeker' (Boeije, 2012, p. 141). Tevens heeft het telefonisch interviewen ervoor gezorgd dat adolescenten vlotter toezegden om deel te nemen aan het onderzoek. Een aantal respondenten gaven aan telefonische interviews als gemakkelijk te ervaren daar het minder tijd kost aangezien de respondent thuis kan blijven. Evenwel kan het zijn dat de respondenten het als prettig ervaren om 'anoniem' te blijven, aangezien het zelfbeeld van adolescenten een persoonlijk en/of gevoelig onderwerp betreft.

Drie interviews zijn emotioneel verlopen, waarbij de respondent (bijna) in huilen uitbarstte. De onderzoeker heeft hierbij gevraagd of de respondent een pauze wenste en of het goed was om het interview door te zetten. Er is uiteindelijk geen interview vroegtijdig afgebroken. Om de openhartigheid van de respondenten te vergroten, daar het om zeer indringende vragen gaat, is getracht het vertrouwen van de respondenten te verkrijgen. Hiervoor heeft de onderzoeker in een aantal interviews persoonlijke verhalen tussendoor verteld, over het eigen overgewicht en/of zelfbeeld. Dit om de respondenten het gevoel te geven dat de onderzoeker zich kan inleven in de beleveniswereld van een adolescent met overgewicht. Echter vanwege de ongemakkelijkheid en de emoties die loskwamen is niet altijd doorgevraagd. In een aantal gevallen is besloten om een vraag te laten rusten aangezien het niet gepast leek om door te vragen. Tevens is opgevallen dat de hoogopgeleide respondenten over het algemeen langer van stof waren en uitgebreidere antwoorden gaven op de onderzoeksvragen (zie hoofdstuk 6).

Voorts was bedacht om de respondenten voorafgaand aan het interview een tekening van zichzelf te laten maken. Aangezien een groot deel van de respondenten telefonisch geïnterviewd zijn is besloten om dit gedeelte achterwege te laten.

Tenslotte is er het bewustzijn van de plaats en/of rol van de onderzoeker in het onderzoek, aangezien kwalitatieve data nooit geheel 'naturally occurring' kan zijn. De onderzoeker altijd een bepaalde 'blik' heeft waarmee hij of zij naar de 'werkelijkheid' kijkt. Een onderzoeker kan daarom niet waarde vrij zijn, maar hij kan wel proberen om waarderingsvrij te zijn (Boeije, 2012, p. 151). De

onderzoeker heeft dan ook nagestreefd om de eigen voorkeuren zo min mogelijk mee te laten spelen (zie hoofdstuk 6).

2.3 Data analyse

Na het verzamelen en uitwerken van de empirische data blijft er ruwe data over. Om deze data om te zetten naar geordende en overzichtelijke resultaten is een aantal stappen gevolgd, zoals beschreven in Boeije (2012, pp. 85-109).

Gestart is met het open coderen of labelen van de vergaarde data. De uitgewerkte interviews zijn een voor een doorgelezen en aan elk fragment zijn een of meerdere codes toegekend. Er is met een open blik gekeken naar de transcripten om zo de data voor zichzelf te laten spreken. Hier is een lijst met 22 codes uit naar voren gekomen (zie bijlage 5). Met de codes die zijn toegekend in de open codeerfase, is later aan de slag gegaan om de grotere concepten of thema's in de data en hun onderlinge relaties te ontdekken, axiaal coderen (zie bijlage 5). Een aantal codes zijn samengevoegd omdat deze (te)veel op elkaar leken en/of omdat de data overlap vertoonde. Zo zijn bijvoorbeeld de codes 'angst' en 'afwijzing' in eerste instantie apart gecodeerd. Bij een nadere analyse is besloten dat deze twee codes op elkaar aansluiten, waarna deze zijn samengevoegd. Daarbij zijn ook nieuwe categorieën gemaakt om codes te groeperen. Zo is de code 'attributie van prestatie en succes', in eerste instantie gecodeerd als 'succesvol'. In het open codeerproces is tevens de code 'zelfeffectiviteit' naar voren gekomen. Bij een meer inhoudelijke analyse is besloten dat deze code bijdraagt aan de beschrijving van attributie van de prestaties en successen van de respondenten. Een aantal codes verdwenen, zoals 'oorzaken overgewicht' en 'oplossingen tegen overgewicht' omdat deze bij nader inzien niet ingaan op het zelfbeeld van de respondenten. Na het selectief coderen zijn er negen codes overgebleven (zie bijlage 5).

Het zelfbeeld wordt onderzocht aan de hand van twee concepten, namelijk het zelfbewustzijn en de zelfwaardering. Onder zelfbewustzijn vallen de codes: 'bewustzijn van het overgewicht', 'motivatie om overgewicht tegen te gaan', 'rol van angst en afwijzing op het zelfbewustzijn' en 'rol van druk uit de maatschappij op het zelfbewustzijn'. Onder zelfwaardering vallen de codes: 'attributie van prestatie en succes', 'innerlijke standaard' en 'rol sociale omgeving op zelfwaardering'. Tevens zijn de codes 'gezondheid als normatief begrip' en 'preventief overheidsbeleid' onderzocht. Bij het analyseren is gebruik gemaakt van het computerprogramma NVivo. In hoofdstuk 4 zijn de belangrijkste bevindingen per code weergegeven. De codes 'bewustzijn van het overgewicht' en 'motivatie om overgewicht tegen te gaan' en de codes 'rol van angst en afwijzing op het zelfbewustzijn' en 'rol van druk uit de maatschappij op het zelfbewustzijn' zijn in hoofdstuk 4 bij elkaar gevoegd omdat deze resultaten goed op elkaar aansluiten. In hoofdstuk 5 worden de belangrijkste bevindingen met elkaar verbonden van waaruit een conclusie wordt getrokken.

2.4 Kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek

In elk onderzoek moet men rekening houden met de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid en de validiteit te vergroten is er met een aantal zaken rekening gehouden.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten en daarmee het verkrijgen van dezelfde resultaten bij herhaaldelijk onderzoek zijn de volgende stappen ondernomen (Boeije, 2012). Ten eerste zijn alle interviews opgenomen met een memorecorder. Hierbij is vooraf toestemming gevraagd aan alle respondenten om het interview op te nemen. Vervolgens zijn alle interviews woord voor woord, door de onderzoeker, getranscribeerd. Tevens zijn de onderzoeksvragen niet vooraf aan respondenten inzichtelijk gemaakt, aangezien dit invloed kon hebben op de antwoorden van deze respondenten.

Een onderzoek is valide als de onderzoeker verklaart wat hij daadwerkelijk wil verklaren (Boeije, 2012). De validiteit is verhoogd door gebruik te maken van verschillende dataverzamelmethodes, namelijk een literatuurstudie en semigestructureerde interviews. Tevens wordt zoveel mogelijk openheid geboden. Hiermee wordt beoogd dat de lezer van het onderzoeksrapport de validiteit van de interpretaties zo goed mogelijk kan beoordelen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Om de validiteit te waarborgen is er voorafgaand aan het empirisch onderzoek een topiclijst opgesteld. Allereerst heeft een medewerker van de GGD, die veel in contact staat met adolescenten, de topiclijst een keer doorgelezen en gewezen op een aantal woorden of zinsgebruiken die, in haar optiek, niet aansloten bij de beleveniswereld van een adolescent. Daarnaast is de topiclijst getest op twee personen. Aan de hand van deze tests zijn de vragen indien nodig verder aangepast, bijvoorbeeld als een vraag niet duidelijk bleek te zijn. Op die manier is getracht om de aard van de vragen zo goed mogelijk af te stemmen op het taalgebruik en de beleveniswereld van adolescenten (zie hoofdstuk 6). Daarnaast zijn er tijdens het afnemen van de interviews een aantal dubbele vragen gesteld. Op deze manier wordt gecontroleerd of de respondenten hetzelfde antwoord geven als de vraag in andere bewoording (of op een ander tijdstip, later in het interview) wordt gesteld. Om een zo algeheel mogelijk beeld van het onderzoeksobject te schetsen is er tijdens het analyseren en verwerken van de data ook aandacht geschonken aan 'afwijkende' of 'negatieve' data. Verder is er gekeken naar wat de respondenten letterlijk gezegd hebben. Om de objectiviteit te bewaren is er geen rekening gehouden met pauzes of intonaties in de antwoorden van de respondenten, aangezien hierbij te veel wordt uitgegaan van de interpretatie van de onderzoeker.

3 Theoretisch kader

De literatuurstudie is gebruikt om het theoretisch kader vorm te geven. Zo zijn belangrijke concepten als 'overgewicht' en 'zelfbeeld' beschreven vanuit de wetenschappelijke literatuur. Daarbij wordt inzicht geboden in de heersende discussies in de wetenschappelijke literatuur, zoals 'de BMI als betrouwbaar instrument om overgewicht te meten', 'gezondheid als normatief begrip', en 'de risico's van preventief overheidsbeleid voor het zelfbeeld van adolescenten'. Hiermee is een kader geschetst waarbij de lezer inzicht krijgt in de belangrijke concepten van het onderzoek en de discussies die heersen in de wetenschappelijke literatuur.

3.1 Overgewicht

De prevalentie van overgewicht is hoog en het aantal adolescenten met overgewicht blijft de komende jaren stijgen (Ng et al., 2014). Bij ernstig overgewicht spreekt men van obesitas, in het Latijn ook wel 'adipositas' (vetzucht) genoemd. Overgewicht ontstaat als de hoeveelheid energie die iemand binnenkrijgt voor langere tijd hoger is dan de energie die het lichaam verbruikt (Flegal, Tabak & Ogden, 2006). Overgewicht is dan ook een teveel aan lichaamsvet dat in het lichaam opgeslagen is (Nederlandse Stichting Overgewicht, 24-04-2019). 'Aan overgewicht kleven een groot aantal gezondheidsrisico's, zoals hart en vaatziekten, diabetes, klachten aan de botten, leververvetting, orthopedische problemen, (slaap) apneu en zeker ook belangrijke sociale en psychosociale problemen' (Renders et al., 2004, p. 2066). Al deze ziekteverschijnselen kunnen vroegtijdige sterfte tot gevolg hebben. In de wetenschappelijke literatuur vindt een al langgaande discussie plaats over het vaststellen van overgewicht bij adolescenten (Di Angelantonio et al., 2016). Aangezien een adolescent op basis van de BMI test als 'on gezond' of 'gezond' wordt gecategoriseerd en veel studies gericht op overgewicht onder adolescenten, gebruik maken van de BMI om overgewicht te berekenen, is het allereerst belangrijk om te kijken naar de heersende discussie over de BMI als betrouwbaar meetinstrument.

3.1.1 Vaststellen van overgewicht

De meest gangbare vorm van het meten van overgewicht is doormiddel van de BMI, ook wel Quetelet Index (Di Angelantonio et al., 2016). 'Ook in wetenschappelijk onderzoek worden definities voor overgewicht en obesitas bijna uitsluitend gebaseerd op drempelwaarden van de BMI. Deze index wordt berekend door het lichaamsgewicht te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (kg/m^2)' (van den Hurk et al., 2006, p. 9). De WHO heeft de BMI in verschillende gewichtsklassen onderverdeeld. Aan de hand van deze onderverdeling kan bepaald worden of iemand in de categorie ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht of ernstig overgewicht valt (Bosch et al., 2011). Door de WHO wordt overgewicht gedefinieerd als een BMI van 25 of hoger. Ernstig overgewicht, begint bij een BMI van 30. Hoe hoger de BMI, hoe ernstiger de mate van het overgewicht (Bosch, Daansen & Braet, 2004).

Tot eind vorige eeuw werd er voor volwassenen en adolescenten dezelfde meetwaarden gebruikt om overgewicht te definiëren. De meetwaarden van volwassenen kunnen echter niet gebruikt worden

bij adolescenten, aangezien de lichaamssamenstelling en lichaamsbouw van adolescenten sterk verschilt met die van volwassenen. Daarnaast is het lichaam van een adolescent aan groei onderhevig (van Buuren, 2004). Een onderzoek van Cole, Bellizzi, Flegal en Dietz (2000) bracht hier verandering in. In dit onderzoek zijn de BMI-meetwaarden voor kinderen en adolescenten gebaseerd op een analyse van gegevens van zes grote internationaal representatieve groeionderzoeken uitgevoerd in; Brazilië, Groot-Brittannië, Hong Kong, Nederland, Singapore en de Verenigde Staten. Aan deze studie deden 97.876 jongens en 94.851 meisjes in de leeftijdscategorie van 0 tot 25 jaar mee. Van deze nationale curve is een gemiddelde internationale groeicurve vastgesteld die leeftijd en sekse specifieke meetwaarden voor overgewicht en obesitas weergeeft. Bij het onderzoek van Cole et al. (2000) kunnen twee kanttekeningen geplaatst worden. Allereerst hebben de onderzoeken (enquêtes) waarop de onderzoeksresultaten gebaseerd zijn, plaatsgevonden tussen 1963 en 1993. Deze zijn dus verouderd. Ten tweede ligt de leeftijd van de onderzoeksgroep tussen 0 en 25 jaar. De leeftijdscategorie van de respondenten is daarbij per land verschillend. Zo heeft het onderzoek in Brazilië plaatsgevonden in de leeftijdscategorie van 2 tot 25 jaar, maar in het onderzoek in Singapore hebben kinderen en adolescenten in de leeftijdscategorie van 6 tot 19 jaar deelgenomen. 'Inmiddels hebben de in 2000 internationaal vastgestelde meetwaarden voor adolescenten wereldwijd grote navolging gekregen. 'Ook de Nederlandse prevalentie van overgewicht is uitgedrukt ten opzichte van de internationale standaard. Deze worden in Nederland bijvoorbeeld door de Jeugdgezondheidszorg gebruikt, naar aanleiding van het in 2004 verschenen signaleringsprotocol in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hiermee kan overgewicht bij alle kinderen en adolescenten in Nederland eenduidig en gestandaardiseerd gemeten worden' (van Buuren, 2004, p. 1967).

'Het voordeel van gelijke internationale meetwaarden is dat het de vergelijking van de prevalenties tussen verschillende landen vergemakkelijkt' (Renders et al., 2004, p. 2066). De snelheid waarmee overgewicht toeneemt kan op deze manier gemeten worden in verschillende landen en maakt het mogelijk om deze gegevens met elkaar te vergelijken. Er is echter ook inhoudelijke kritiek op de internationale meetwaarden. Chinn en Rona (2002) roepen de vraag op of de internationale meetwaarden op dezelfde wijze toepasbaar zijn voor verschillende bevolkingsgroepen. Daarnaast beschrijft Choo (2002) dat de WHO destijds opgeroepen heeft tot aanpassing van de internationale criteria voor mensen met een Aziatische achtergrond aangezien zij over een andere lichaamsbouw beschikken. Ook de Wilde, Middelkoop, Buuren en Verkerk (2003) hebben in een onderzoek naar overgewicht onder jongeren in Den Haag kritische kanttekeningen geformuleerd ten aanzien van het gebruik van internationale meetwaarden voor zowel Nederlandse-, Mediterrane- als Hindoestaanse kinderen.

Verder beschrijven Prentice en Jebb (2001) dat de BMI op zichzelf geen betrouwbare maatstaf is om overgewicht te berekenen. Overgewicht is feitelijk gezien de hoeveelheid te veel opgeslagen vet. Het is dan ook de hoeveelheid van dit overtollige vet dat correleert met een 'slechte gezondheid'. Daarom moet er niet zozeer gekeken worden naar de verhouding tussen het gewicht ten opzichte van de lengte, maar het daadwerkelijke vetgehalte aanwezig in het lichaam. Zeker voor de volgende groepen of gevallen bediscussiëren zij of de BMI wel de juiste maateenheid is, namelijk: kinderen en jongeren, ouderen, verschillende etniciteiten, atleten, militairen en gewichtsverlies zonder te sporten (bijvoorbeeld door verlies van spiermassa). 'Om overgewicht vast te kunnen stellen bij adolescenten is het, naast het berekenen van de BMI, daarom erg belangrijk dat er een klinische

indruk naar en longitudinaal onderzoek van de ontwikkeling en de lichaamsbouw van de adolescent plaatsvindt' (Renders et al., 2004, p. 2066).

In de wetenschappelijke literatuur wordt bediscussieerd dat de BMI niet juiste meeteenheid is om overgewicht onder adolescenten vast te stellen (Prentice & Jebb, 2001; De Wilde et al., 2003; van Buuren, 2004; Renders et al., 2004). Desondanks maakt een groot deel van de wetenschappelijke studies, gericht op overgewicht onder adolescenten en de jeugdgezondheidszorg, gebruik van de BMI om overgewicht vast te stellen (Di Angelantonio et al., 2016; van Buuren, 2004). Zowel Prentice en Jebb (2001) en Renders et al. (2004) beschrijven dat bovenstaande controversie maakt dat de BMI (meer bij adolescenten dan bij volwassenen) alleen als indicator gebruikt kan worden en minder als instrument om overgewicht vast te stellen. Ondanks dat het hebben van overgewicht fysieke gevolgen met zich meedraagt voor de 'gezondheid' van adolescenten bestaat er in de wetenschappelijke literatuur onduidelijkheid over de invulling aan het concept 'gezondheid'. Daarom wordt voorts de wetenschappelijke discussie omtrent de duiding van het concept 'gezondheid' belicht.

3.1.2 Gezondheid als normatief begrip

De WHO definieerde 'gezondheid' in 1948 als volgt: "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken" (Bircher, 2005, p. 338). Nu precies 70 jaar wordt gesteld dat deze definitie behoorlijk achterhaald is, maar nog altijd ongewijzigd. 'Gezondheid' is immers niet slechts de afwezigheid van ziekte. Op basis van de definitie van de WHO kunnen een zeer beperkt aantal mensen zichzelf 'gezond' noemen gedurende hun leven. De definitie zoals voorgesteld door de WHO heeft door de jaren heen veel kritiek ontvangen van diverse wetenschappers uit verschillende disciplines (Lewis, 1953; Kelman & Willner, 1962; Patrick, Bush, & Chen, 1973; Huber et al., 2011; Barer, 2017). Zij lijken het daarbij niet eens te kunnen worden over een eenduidige invulling van het begrip. Elke discipline heeft zijn eigen opvatting (ofschoon er binnen een discipline consensus bestaat) over wat 'gezondheid' precies moet inhouden. Zo kan 'gezondheid' gezien worden als het ontbreken van ziekten, maar het kan ook een compleet welbevinden zijn waarbij je fysiek, mentaal en sociaal vitaal bent. Stoddart en Evans (2017) beschrijven dat verschillende wetenschappelijke disciplines bijvoorbeeld: biomedische wetenschappers, gezondheidswetenschappers, psychologen, sociologen, politici, historici en economen verschillende opvattingen hebben ten aanzien van 'gezondheid'. Zij geven aan dat er niet door een discipline duiding gegeven kan worden aan het concept 'gezondheid', maar dat het een samensmelting moet zijn van de verschillende invalshoeken.

In 2009 vond dan ook, in Den Haag, een twee daagse internationale conferentie plaats onder de noemer 'is health a state or an ability?'. 'Met deze conferentie werd getracht gehoor te geven aan de roep van verschillende wetenschappers om 'gezondheid' niet langer te definiëren als een statisch concept, maar een dynamisch concept met een functionele omschrijving of raamwerk' (Huber et al., 2011). Op basis van alle conferentie bijdragen werd er een definitie van 'gezondheid' geformuleerd namelijk: "het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven" (Huber, van Vliet & Boers, 2016a, p. 2). Deze definitie van 'gezondheid' werd destijds gepubliceerd in het British Medical Journal. Het verslag werd daarbij voorgelegd aan de WHO. De reactie van de WHO was echter dat zolang bepaalde zaken niet

meetbaar zijn de WHO de definitie van gezondheid niet in overweging zou nemen. Opvallend aan het onderzoek van Huber et al. (2011) is dat zorgprofessionals, patiënten, burgers, beleidsmakers, verzekeraars en onderzoekers zijn bevraagd over hun visie op gezondheid (Huber et al., 2016a). In het kader van het kwalitatief onderzoek hebben 140 respondenten een aantal vragen voorgelegd gekregen aan de hand van interviews en focusgroepen. Hierbij is het niet helemaal duidelijk hoeveel respondenten individueel geïnterviewd zijn en hoeveel hebben deelgenomen door middel van focusgroepen. Een kanttekening bij focusgroepen en interviews is dat respondenten elkaar kunnen beïnvloeden, sociaal wenselijke antwoorden formuleren of elkaars antwoorden overnemen. Deze kanttekening wordt niet genoemd in het onderzoeksrapport. De vragen naar indicatoren over gezondheid leverde 556 uitspraken op, die gecategoriseerd zijn in zes hoofddimensies. Binnen deze dimensies zijn in totaal 32 aspecten gedestilleerd. In het kwantitatieve deel van het onderzoek zijn de antwoorden op de onderzoeksvragen uit het kwalitatieve deel tevens voorgelegd aan de zeven groepen, door middel van vragenlijsten (Huber et al., 2016b). In de onderzoeksresultaten vallen de grote verschillen in visie tussen de zeven groepen ten aanzien van de aspecten over 'gezondheid' op.

Zoals vermoed is ook op de definiëring van 'gezondheid' van Huber et al. (2011) veel kritiek geuit. Het concept 'positieve gezondheid' ontketende in Nederland een kleine revolutie (van Staa, Cardol & van Dam, 2017). Vooral, zo stellen van Staa et al. (2017) de wereld van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid heeft kritikloos de 'nieuwe kijk' van Huber et al. (2016a) omarmd. Blaxter (2004) is na een jarenlange studie naar de visies van leken op 'gezondheid' met de volgende constatering gekomen: "Health can be defined negatively, as the absence of disease, functionally, as the ability to cope with everyday activities, or positively, as fitness or well-being". Arnoldus, van Staa en Walraven (2017) leggen de constatering van Blaxter (2004) naast het concept van 'positieve gezondheid'. 'Hierbij valt hen op dat Huber et al. (2016a) zich beperken tot het functionele aspect, waarbij gezondheid wordt gereduceerd tot een capaciteit: het vermogen tot aanpassing en tot eigen regie. De maatschappelijke focus op overgewicht als 'ziekte' kan resulteren in een negatief beeld ten aanzien van adolescenten met overgewicht (Pieterman, 2018b). Een 'positieve' en 'negatieve' beschrijving van het begrip gezondheid, zoals voorgesteld door Blaxter (2004), blijven buiten beeld.' Volgens van der Stel (2016) ontbreekt ook een bio-psychosociale dimensie van gezondheid bij de opvatting van Huber et al. (2016b), aangezien er te veel de nadruk wordt gelegd op gedrag.' Vandaar dat Huber et al. (2011) ook stellen: "We propose the formulation of health as the ability to adapt and to self manage. This could be a starting point for a similarly fresh, 21st century way of conceptualising human health, discussion about this should continue and involve." Ondanks de kritiek wordt er in dit onderzoeksrapport vastgehouden aan het concept 'gezondheid' zoals voorgesteld door Huber et al. (2016a), aangezien er bij dit onderzoek de visie van verschillende disciplines is meegenomen. Daarnaast betreft het geen vaststaand begrip, maar een conceptueel kader waarbinnen een discussie over 'gezondheid' kan blijven worden gevoerd.

Elke discipline heeft zijn eigen opvatting over wat 'gezondheid' precies moet inhouden. De definitie van 'gezondheid' van de WHO bestempeld overgewicht als een chronische ziekte. Zodoende wordt overgewicht gezien als een medisch probleem (Bosch et al., 2011). Het functionele aspect van gezondheid (Huber et al., 2016a), waarbij gezondheid wordt gereduceerd tot een capaciteit, benadrukt de eigen verantwoordelijkheid. Hierdoor wordt keer op keer benadrukt dat adolescenten met overgewicht falen ten aanzien van hun (over)gewicht. De maatschappelijke focus op overgewicht als 'ziekte' kan zodoende resulteren in een negatief (zelf)beeld ten aanzien van

adolescenten met overgewicht (Pieterman, 2018b). De manier waarop de maatschappij 'overgewicht' en 'gezondheid' typeert kan uitmaken voor het beeld dat adolescenten met overgewicht hebben van zichzelf. Onderstaand wordt allereerst beschreven hoe het zelfbeeld gevormd wordt. Vervolgens wordt de rol van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van adolescenten belicht.

3.2 Zelfbeeld

Wie ben ik? Dit is de kernvraag van ons bestaan. Wanneer men antwoordt geeft op de vraag 'Wie ben ik?', dan maken zij gebruik van het bijzondere vermogen om naar zichzelf te kijken (Vonk, 2013). Vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief wordt er gekeken wat deze vraag betekent voor kinderen en adolescenten.

Er vindt een belangrijk proces plaats in de cognitieve ontwikkeling van een kind, met name in de adolescentie, namelijk het ontstaan van een zelfbeeld. Het zelfbeeld is in de loop der jaren uitvoerig bestudeerd binnen diverse disciplines in de psychologie. Verschueren, Marcoen en Schoefs (1996) benoemen dat bijna elke stroming binnen de psychologie zijn eigen terminologie heeft voor 'het zelf'. Een aantal hiervan zijn: het zelf, het zelfstelsel, het zelfconcept, de zelfstructuur, de zelftheorie, het zelfbeeld, het zelfschema en de zelfrepresentatie. De meest eenvoudige omschrijving van het zelfbeeld 'als het beeld dat een individu van zichzelf heeft' betekent niet dat het een eenvoudig concept betreft (van der Meulen, 1993). Over de invulling van het concept zelfbeeld bestaan dan ook verschillende zienswijzen. Zo beschrijft van der Meulen (1993, p. 116) dat het zelfbeeld gezien kan worden als de cognitieve representatie van het zelf. Deze omschrijving omvat alleen beschrijvende informatie over 'het zelf'. Zelfwaardering wordt echter ook beschreven als de positieve of negatieve evaluatie van het zelf. Davis-Kean en Sandler (2001, p. 888) geven aan dat beschrijvingen over het zelf bijna altijd evaluatief van aard zijn. Men kan zodoende bijna niet over het zelf (of over de ander) spreken zonder hier een waardeoordeel aan toe te kennen. Harter (1990a, p. 74) prefereert om de definiëring van het begrip zelfbeeld ruim te nemen, namelijk "a collection of domain-specific judgements about one's competence as well as a global judgement about one's self-worth." Harter (1990a) beschrijft tevens het verschil in zelfbeeld tussen adolescenten en kinderen. Allereerst kunnen adolescenten, in vergelijking met kinderen, beter nuances aanbrengen en hebben ze scherper voor ogen hoe ze zijn en hoe ze zouden willen zijn. Daarnaast zien adolescenten beter het verschil tussen hoe zij zichzelf zien en hoe zij denken dat anderen hen zien. En tot slot hoe adolescenten zichzelf kennen en zich naar buiten toe presenteren en voordoen. 'Bekende psychologen als Baumeister en Finkel (2010) en Brown (1998) beschrijven 'het zelf' als het geheel van processen, gedragingen, gedachten en gevoelens die bepalen hoe een individu zijn eigen persoon ervaart' (Vonk, 2013, p. 76). Van Beemen (2010, p. 171) benoemt het zelfbeeld als een totaal aan indrukken, ideeën en waarnemingen over het eigen 'ik', dat in de loop van de ontwikkeling geleidelijk vorm krijgt. Het zelfbeeld is hierbij geen vaststaand construct en blijft in ontwikkeling. In dit onderzoeksrapport wordt de definitie van van Beemen (2010) aangehouden, aangezien deze definitie benoemt dat het zelfbeeld van een mens aan verandering onderhevig is.

Er moeten een aantal stappen doorlopen worden om tot een zo volledig mogelijk zelfbeeld te komen. 'Allereerst moet er bij het individu sprake zijn van een zelfbesef. Hieronder wordt verstaan

het bewustzijn van het 'zelf' als eenheid en het besef dat die eenheid los gezien moet worden van de omgeving' (van Beemen, 2010, p. 171). Een kind zal door de jaren een cognitieve ontwikkeling doormaken van zelfbesef naar zelfkennis. Adolescenten hebben zoals eerder genoemd een verhoogde zelfkennis aangezien zij door toenemende cognitieve mogelijkheden leren om op abstractere manieren naar zichzelf kijken. Niet alleen zijn adolescenten zich bewust van hun 'zelf' zij kunnen ook beter onderscheid maken tussen hun eigen visie op het 'zelf' en de visie van anderen (van Beemen, 2010). Het zelfbeeld wordt gevormd door het zelfbewustzijn en de zelfwaardering.

3.2.1 Zelfbewustzijn

Allereerst het zelfbewustzijn: 'dit is het cognitieve aspect van het zelfbeeld en is het vermogen om op een objectiverende manier naar jezelf te kijken. Men kijkt dan van buitenaf naar zichzelf, alsof zij iemand anders zijn die naar hen kijkt. Het zelfbewustzijn stelt mensen instaat om hun gedrag af te stemmen op de normen en waarden en/of idealen die heersend zijn voor de omgeving van het individu' (Vonk, 2013, p. 77).

Van Beemen (2010, pp. 174-175) beschrijft dat het zelfbeeld van een adolescent samenhangt met de eigen motivatie, om bepaalde prestaties te leveren. Naarmate kinderen ouder worden, wordt er steeds meer van hen verwacht. Zij moeten allerlei prestaties leveren en presteren lukt beter als het kind gemotiveerd is. Men zou verwachten dat mensen over het algemeen gemotiveerd zijn om 'goede' beslissingen te maken, echter is men vaker gemotiveerd om verkeerde beslissingen te nemen (Vonk, 2013, p. 344). Molden en Higgins (2005) beschrijven 'motivated thinking', onbewust beredeneert men naar zichzelf toe als dat zijn of haar voorkeur heeft en belangen hiermee gediend zijn. Psychologisch onderzoek laat zien dat keuzes maken uitputtend is. Adolescenten groeien op in een tijd waarin ze bijna helemaal zelf hun leven kunnen vormgeven. De vele keuzemogelijkheden zorgen voor meer druk en aanspraak op de eigen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Daarbij moet er vaker gekozen worden tussen korte termijn doelen en lange termijn doelen. Vonk (2013, p. 345) beschrijft twee dilemma's bij het maken van keuzes. Ten eerste het 'avoidance-avoidance-dilemma'. Hierbij moet men kiezen tussen twee kwaden. De keuze van het een houdt direct een beperking van het ander in. Dit soort dilemma's veroorzaken veel stress, men probeert dan ook vaak de keuze uit te stellen in de hoop dat de situatie verandert. Ten tweede het 'approach-avoidance-dilemma'. Dit houdt in dat een keuze optie zowel voor- als nadelen heeft. Daarbij voelt men zich aangetrokken tot de voordelen die een keuze met zich meebrengt, maar wordt weerhouden door de nadelen.' Vonk (2013, p. 349) beschrijft dat mensen hedonistisch van aard zijn en daarom kiezen voor pleziertjes op de korte termijn, ook wel 'delay discounting' genoemd. De zaken die verder in de toekomst liggen wegen minder zwaar dan de zaken die nu voor hand liggen. Baumeister en Tierney (2011) beschrijven dat mensen die de behoeftebevrediging niet kunnen uitstellen, op termijn slechter af zijn. Zo zijn zij over het algemeen dikker, minder succesvol en minder aantrekkelijk voor een relatie.

Het onderzoek van Carver en Scheier (1981) beschrijft dat een verhoogd zelfbewustzijn nadelige gevolgen kan hebben. Zo leidt een verhoogd zelfbewustzijn tot het onderbreken van gedragsroutines, waardoor een mens slechtere prestaties levert op taken die hij of zij normaal automatisch zou afhandelen. Baumeister en Showers (1986) onderschrijven dat wanneer mensen onder druk staan en gestrest zijn het zelfbewustzijn toeneemt. Dit kan onder andere verklaren

waarom mensen onder druk slechter presteren. Dit onderzoek is uitgevoerd in de sportwereld. Desondanks zou de druk om af te vallen en de druk om te voldoen aan maatschappelijke normen, ook bij adolescenten een verhoogd zelfbewustzijn teweeg kunnen brengen. Vonk (2013, p. 79) benoemt een tweede keerzijde namelijk dat een verhoogd zelfbewustzijn kan leiden tot angstige of depressieve gevoelens. Mensen met een verhoogd zelfbewustzijn zijn geneigd om te voldoen aan de eisen en verwachtingen die anderen hen hebben opgelegd of die het individu stelt aan zichzelf. Hierbij zal er vaak geconcludeerd moeten worden dat het individu ergens tekortgeschoten is aangezien niemand volledig aan het (vaak tegengestelde) verwachtingspatroon van anderen kan voldoen. Vervelende of denigrerende opmerkingen over het overgewicht en/of de lichaamsomvang kunnen negatieve gevoelens en/of depressie veroorzaken waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Het zelfbeeld kan zodoende door de lichaamsomvang aangetast worden. Ook Rudolph, Caldwell en Conley (2005) brengen afwijzing, pesten en andere stressvolle ervaringen in verband met een lage waargenomen zelfcompetentie, lage zelfeffectiviteit en verminderde zelfwaarde. 'Angstige of neerslachtige gedachten en gevoelens worden verergerd door piekeren. Zo blijven negatieve gedachten rondmalen en worden er voornamelijk redenen bedacht waarom er weinig aan te doen is. Dit resulteert in passiviteit (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Nolen-Hoeksema (2000) laat in een onderzoek, waarin mensen langere tijd gevolgd zijn, zien dat piekeren veelal voorafgaat aan een depressie. Volgens het onderzoek van LaBrie, Pedersen, Neighbors en Hummer (2008) is het niet gek dat studerende adolescenten bijvoorbeeld meer alcohol drinken aangezien alcohol het zelfbewustzijn verlaagt.

3.2.2 Zelfwaardering

Daarnaast is de zelfwaardering van de adolescent erg belangrijk voor de vorming van het zelfbeeld. 'Zelfwaardering verwijst naar een algehele evaluatie van het 'zelf', hier hangt een waardeoordeel aan vast' (Vonk, 2013, p. 89). Een mens heeft zodoende een bepaalde zelfwaardering ten aanzien van zichzelf of bepaalde eigenschappen van zichzelf. Het zelfvertrouwen wordt in de sociale psychologie gezien als de evaluatieve component van het zelfbeeld en hangt samen met de zelfwaardering. De zelfwaardering ligt echter dieper en is van invloed op het zelfvertrouwen. Het beeld dat iemand van zichzelf heeft of de waardering voor het zelf of bepaalde eigenschappen van het zelf, hoeft niet per se het vertrouwen in het zelf positief of negatief te veranderen. In de sociale psychologie wordt zelfvertrouwen als volgt gedefinieerd: "Self-esteem is the overall effective evaluation of one's own worth, value or importance" (Blascovich & Tomaka, 1991, p. 115). De volgende drie facetten zijn van invloed op de zelfwaardering van een adolescent: prestatie en succes, de innerlijke standaard en de sociale omgeving (Vonk, 2013).

Volgens van Beemen (2010, pp. 175-176) geldt voor alle kinderen dat door het leveren van prestaties en het behalen van succes de zelfwaardering stijgt. De zelfwaardering groeit naarmate de adolescent een positieve verwachting heeft dat het zijn taken tot een goed einde kan brengen. Of de zelfwaardering altijd afhangt van succes en iedereen onzeker wordt van falen is afhankelijk van waaraan het succes of falen wordt toegewezen. In de psychologie wordt dit attributie genoemd. De zelfwaardering neemt toe als men succes toeschrijft aan persoonlijke eigenschappen en falen aan beheersbare factoren. Omgekeerd neemt de zelfwaardering af als succes wordt toegekend aan de omstandigheden en het falen aan negatieve eigenschappen van het zelf. Vonk (2013, p. 95) beschrijft dat iets wat voor de ene persoon kan leiden tot een verlaging van de zelfwaardering, kan voor een

andere persoon niet of minder impact hebben op zijn zelfwaardering omdat hij of zij zijn zelfwaardering aan andere aspecten of zaken ophangt.

Bij de innerlijke standaard gaat het om de vraag in hoeverre adolescenten blij zijn met zichzelf en hun persoonlijkheid. Onderzoekers als Deci en Ryan (1995) en Kernis (2003) nemen aan dat niet-contingente zelfwaardering meer van binnenuit komt, een soort basisvertrouwen dat je een goed en waardevol persoon bent. De zelfwaardering vermindert daardoor niet gelijk bij falen of een vervelende opmerking. Crocker en Wolfe (2001) onderschrijven dat teleurstelling wanneer je faalt of afgewezen wordt normaal is, maar dat dit bij de overtuiging dat je een waardevol persoon bent, niet direct een negatieve impact heeft op de zelfwaardering van de persoon. Vonk (2013) beschrijft hierbij dat men wel een balans moet behouden tussen een 'gezonde en/of realistische' zelfacceptatie en onvermoeibaar alle vormen van (negatieve) feedback negeren of positief op te vatten. Contingenties die minder extern zijn, zoals prestatie en succes, zijn over het algemeen evenwichtiger, hoewel studenten erg van slag kunnen raken als zij falen voor een tentamen. De meest interne contingentie, zijn die te maken hebben met de innerlijke standaard. Uit onderzoek van Crocker en Luhtanen (2003) komt naar voren dat studenten die zelfwaardering verbinden aan het naleven van hun ethische standaard betere studieresultaten behalen, meer vrijwilligerswerk doen en minder drinken dan studenten met een externe contingentie. Uit onderzoek van Vonk en Smit (2011) bleek eveneens dat mensen die trouw zijn aan zichzelf en de eigen ontwikkeling hoger scoorden op de psychische gezondheid.

Tevens wordt in de literatuur de invloed van de sociale omgeving beschreven op het zelfbeeld van de adolescent. Harter (1990b) onderschrijft dat voor adolescenten vooral relationele aspecten van belang zijn als het gaat om de ontwikkeling van het zelfbeeld. Dit houdt in hoe een adolescent zichzelf ziet en denkt dat anderen hem zien, ook wel de sociale betekenis die hij denkt te hebben. Het zelfbeeld wordt hierbij sterk beïnvloed door feedback van de ander. Vonk (2013) beschrijft dat de invloed van de sociale omgeving op het zelfbeeld reeds begint in de vroege kindertijd wanneer ouders of verzorgers hun kind met warmte en belangstelling benaderen. Door de jaren heen worden specifieke reacties steeds belangrijker. Rogers (1961) benoemt dat mensen ideaal gezien behoren op te groeien met het gevoel onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden zoals ze zijn. Mensen die zo zijn opgevoed kunnen als volwassenen beter autonoom zijn aangezien zij niet het gevoel hebben constant hun best te moeten doen om zelfwaardering te verdienen (Deci & Ryan, 2000). 'Tijdens de late kindertijd treden ook de vrienden op als een belangrijke socialisatiecontext voor adolescenten. Het zelfbeeld van adolescenten wordt beïnvloed door de sociale omgeving. Wie je bent, wat je doet, wat je vindt en wat je voelt is voor een groot deel gebaseerd op de invloed van onze sociale omgeving. Een groot deel van de meningen, ideeën en vaardigheden die een persoon eigen gemaakt heeft, zijn ooit aangeleerd of overgenomen van een ander. Omgekeerd heeft ons zelfbeeld ook invloed op hoe wij de wereld waarnemen en interpreteren' (Vonc, 2013, p. 114). De sociale omgeving kan bovendien een bron van hulp en steun zijn, zowel voor praktische zaken, maar ook voor aandacht, emotionele steun of kennis. Van sociale steun is sprake wanneer de sociale omgeving een 'positieve' invloed heeft op 'ongewenst' gedrag of op het zelfbeeld van de adolescent (van der Gaag & Snijders, 2005). Baumeister en Leary (1995) en Leary (2006) beschrijven dat alle mensen de fundamentele behoefte hebben om zich verbonden te voelen met anderen en ergens bij te horen, 'the need to belong'. Vonk (2013, p. 540) beschrijft dat een van de meest fundamentele categorisaties die men maakt, is het 'wij' versus 'zij'. De 'ingroup' is de categorie waartoe men zelf

behoort. De 'outgroup' is de categorie waar men niet toe behoort. Deze begrippen komen voort uit de sociale identiteitstheorie (Tajfel & Turner, 1985). Identiteit kan onderscheiden worden in een persoonlijke identiteit en verschillende sociale identiteiten. Onze sociale identiteit is gebaseerd op deelname aan diverse sociale groepen. Over het algemeen wil men graag horen bij een sociale groep die bijdraagt aan een positief zelfbeeld. Als men doorheeft dat er binnen de 'ingroup' negatief over hun gedacht wordt, is dit negatief voor hun zelfbeeld en leidt dit ertoe dat men zich minder snel zal (wil) identificeren met deze groep. Leary en Baumeister (2000) beschrijven de 'sociometer' theorie. Dit houdt in dat verbonden zijn en ergens bij horen de kern vormt van ons bestaan. De zelfwaardering functioneert daarbij als een graadmeter (sociometer) van de mate waarin iemand zich geaccepteerd voelt door een ander. Wanneer anderen je afwijzen, aan je twifelen of je negeren dan gaat iemand aan zichzelf twifelen. Het beoordelen van onze eigenschappen en kwaliteiten wordt altijd gedaan in vergelijking tot anderen, ook wel de sociale-vergelijkingstheorie genoemd. Mensen vergelijken de eigen mening, uiterlijk, gevoelens en prestaties met de ander om erachter te komen hoe men er zelf voorstaat. Sociale vergelijking treedt voornamelijk op wanneer men onzeker is over het zelf (Festinger, 1954). Wanneer een adolescent zichzelf dus te zwaar vindt, bedoelt hij of zij eigenlijk te zwaar in vergelijking met anderen. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat traditionele massamedia, zoals tijdschriften en televisieprogramma's waarin een (onhaalbaar) schoonheidsideaal centraal staat, van invloed kan zijn het zelfbeeld van adolescenten (Aubrey, 2006; Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Groesz, Levine & Murnen, 2002). In de afgelopen twintig jaar is het medialandschap echter sterk veranderd. Een belangrijke verandering is de opkomst van sociale media. Deze sociale media worden alsmaar populairder (Smith & Duggan, 2013). In het onderzoek van de Vries (2014) komt naar voren dat sociale media het zelfbeeld van mensen negatief kan beïnvloeden. Frequenter gebruik van sociale media voorspelt een toename zowel in het belang van het eigen uiterlijk als in ontevredenheid over het eigen uiterlijk. De effecten blijken even sterk aanwezig bij jongens en meisjes. Adolescenten hebben niet alleen behoefte aan accurate informatie over het zelf, zij willen graag informatie die de eigen zelfwaardering doet stijgen of het bestaande zelfbeeld bevestigt. Bij het zelfverheffingsmotief kijkt men naar iemand die minder goed af is dan zichzelf, waardoor de eigenwaarde stijgt (Vonk, 2013, p. 123). De behoefte tot zelfverheffing is bij bijna alle mensen prominent aanwezig. De vergelijking met iemand die beter of knapper is kan echter teleurstellend uitpakken. Vooral wanneer die 'betere of mooiere' ander gezien wordt als standaard waar zelf aan voldoen moet worden leidt dit tot negatieve gevoelens als boosheid, bezorgdheid, piekeren en afgunst' (Muller & Fayant, 2010).

Uit bovenstaande paragraaf komt naar voren dat het zelfbeeld wordt gevormd door het zelfbewustzijn en de zelfwaardering. Het zelfbewustzijn is het cognitieve aspect van het zelfbeeld en is het vermogen om op een objectiverende manier naar jezelf te kijken (Vonk, 2013, p. 77). Adolescenten moeten allerlei prestaties leveren, dit lukt beter als de adolescent gemotiveerd is. Het zelfbeeld van een adolescent hangt samen met de eigen motivatie, om bepaalde prestaties te leveren (van Beemen, 2010). Baumeister en Showers (1986) onderschrijven dat wanneer mensen onder druk staan en gestrest zijn het zelfbewustzijn toeneemt. Een verhoogd zelfbewustzijn kan nadelige gevolgen hebben (Carver & Scheier, 1981). Het idee van een 'obesogene' samenleving, waarbij mensen met overgewicht worden gezien als een last voor de maatschappij, kan druk en zodoende een verhoogd zelfbewustzijn veroorzaken onder adolescenten. Een verhoogd zelfbewustzijn kan tevens leiden tot angstige of depressieve gevoelens (Vonk, 2013). Zelfwaardering verwijst naar een algehele evaluatie van het 'zelf', hier hangt een waardeoordeel aan vast (Vonk,

2013). De zelfwaardering van mensen neemt toe als men succes toeschrijft aan persoonlijke eigenschappen en falen aan beheersbare factoren (van Beemen, 2010). Onderzoekers als Deci en Ryan (1995) en Kernis (2003) beschrijven dat een niet- contingente zelfwaardering een soort basisvertrouwen inhoudt dat je een goed en waardevol persoon bent. Crocker en Wolfe (2001) onderschrijven dat teleurstelling wanneer je faalt of afgewezen wordt normaal is, maar dat dit bij de overtuiging dat je een waardevol persoon bent, niet direct een negatieve rol speelt op de zelfwaardering van de persoon. Tevens wordt het beoordelen van onze eigenschappen en kwaliteiten altijd gedaan in vergelijking tot anderen, ook wel de sociale-vergelijkingstheorie genoemd (Festinger, 1954). Hierbij hebben adolescenten niet alleen behoefte aan accurate informatie over het zelf, zij willen graag informatie die de eigen zelfwaardering doet stijgen of het bestaande zelfbeeld bevestigt (Vonk, 2013, p. 123). Sociale media kan hierbij een negatieve rol spelen op het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht (de Vries, 2014).

Aangezien er in de wetenschap onduidelijkheid heerst over de betekenis van een belangrijk concept als 'gezondheid' en de betrouwbaarheid van de BMI als meetinstrument om overgewicht onder adolescenten te meten is het belangrijk om te onderzoeken of en hoe het overheidsbeleid gericht op het tegengaan van overgewicht onder adolescenten een rol speelt op het zelfbeeld van deze adolescenten.

3.2.3 Preventief overheidsbeleid en de psychische last van overgewicht

Het idee van een 'obesogene' samenleving vormt de kern van ons huidige preventieve overgewichtsbeleid in Nederland (Pieterman, 2018a). Het preventieve overheidsbeleid gericht op het tegengaan van overgewicht is in Nederland voor het eerst ontwikkeld in de kabinetsnota 'Langer gezond leven' uit 2003. 'Het doel van preventief overheidsbeleid is voornamelijk het bevorderen en beschermen van de gezondheid, signaleren en terugdringen van risico's en preventieve maatregelen om overgewicht tegen te gaan' (Volksgezondheidszorg, 20-04-2019). Burgers worden hierbij gestimuleerd om een 'gezonde keus' te maken, ondanks dat er onzekerheid bestaat over wat '(on)gezond' precies inhoudt (Pieterman, 2018a, p. 32). De aankomende jaren blijft de Rijksoverheid gemeentes inzetten op het bevorderen van de algehele gezondheid van mensen waarbij gezondheidsbescherming, het verminderen van verschillen in de gezondheid, preventie en een integrale aanpak centraal staan (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 20-04-2019). Het Rijksbeleid richt zich vooral op het aanpakken van de gedragsmatige en culturele oorzaken van gezondheidsverschillen. Al deze maatregelen zijn erop gericht om kennis over risico gedrag te vergroten, 'gezond' gedrag te bevorderen en culturele voorkeuren voor gezondheidsgedragingen te beïnvloeden. Hierbij wordt de nadruk gelegd op eigen gedrag, 'gezondheid' en preventie boven genezing (Kraaykamp, André & Meuleman, 2018).

Bij overgewicht gaat het om een specifieke groep in onze maatschappij die op basis van een BMI-meting 'te dik of te zwaar' wordt bevonden, ook wel selectieve interventie genoemd (van der Stel, 2004, p. 2). De interventies vanuit het Rijksbeleid zijn gericht op een verandering in de culturele en materiële inrichting van de samenleving met als doel het 'obesogene' karakter hiervan tegen te gaan. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in programma's als 'de gezonde school' en 'de gezonde kantine' (Pieterman, 2018a, p. 40). In principe krijgen mensen hierbij meer keuzemogelijkheden. Als de overheid echter restricties doorvoert zoals een 'vet-tax' of 'gezonde schoolkantines' dan worden

mensen in hun keuzemogelijkheden beperkt. Adolescenten met overgewicht ontkomen niet aan de boodschap 'dik zijn is ongezond' wat een negatieve klank met zich meedraagt. Daarnaast hoor je vaak de boodschap 'beweeg meer en eet minder' wat insinueert dat overgewicht makkelijk tegen te gaan is. Het gevaar hiervan is dat 'dikke mensen' als een soort boeman neergezet worden omdat zij (als dikke mensen) een obesitas epidemie in stand houden (Pieterman, 2018b).

In het deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2010, p. 103) staat beschreven dat niet alle 'ziekten' ertoe leiden dat 'zieken' een slechte kwaliteit van leven hebben en niet (volledig) kunnen participeren in de maatschappij. Bosch et al. (2011, p. 7) beschrijven bijvoorbeeld dat overgewicht vaak in verband wordt gebracht met eetgedrag en voedselconsumptie. Hierbij heerst het stereotype beeld van vraatzucht. Vraatzucht en vetzucht moeten echter niet met elkaar worden verward. Immers, iemand kan overgewicht vertonen zonder opvallend veel te eten. Andersom is ook mogelijk, waarbij iemand last heeft van eetbuien zonder een toename van het gewicht. Morrison en Bennett (2013, p. 61) beschrijven 'dat 'obesogeen' de neiging is van mensen om teleurstelling, verdriet, woede of ontevredenheid 'weg te eten'. Eten fungeert dan als een 'coping mechanisme' een soort troost om negatieve gevoelens te onderdrukken.' Van Trier en Hornsveld (2002) beschrijven het verschil tussen 'pure' obesitas en andere vormen hiervan. 'Pure' obesitas wordt geclassificeerd als het gevolg van biologische aanleg en een eetpatroon waarbij er te veel gegeten wordt en te weinig bewogen. Op basis hiervan wordt obesitas gezien als een welvaartverschijnsel zonder psychische problematiek. Bij obesitas met 'aanpassingsproblemen' wordt obesitas voornamelijk ervaren als stressfactor.

Klaczynski et al. (2004) benoemen dat overgewicht niet alleen lichamelijke consequenties met zich mee brengt, vaak is er ook een psychische last aan verbonden. Van Trier en Hornsveld (2002) zijn dan ook van mening dat overgewicht niet alleen gediagnosticeerd moet worden als een medische aandoening, maar dat er meer aandacht komt voor de psychische gevolgen van het hebben van overgewicht. Verschueren (2004) waarschuwt dat de psychosociale gevolgen van overgewicht niet alleen moeten worden herkend als een gevolg van overgewicht, maar ook als een mogelijke oorzaak. De focus moet dan ook niet enkel liggen op de bekende 'ongezonde' determinanten zoals roken en overgewicht, maar ook op determinanten als coping, sociale steun en het ontwikkelen van individuele competenties.

Een van die determinanten is stigmatisering, dit is het proces waarbij bepaalde (negatieve) kenmerken of stigma's aan een sociale groep of persoon worden toegekend. Stigmatisering kan leiden tot vooroordelen en een vertekend zelfbeeld (Ensie, 2016). Onderzoek van Andreyeva, Puhl en Brownell (2008) en Puhl en Heuer (2009) toont aan dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht de laatste decennia is toegenomen. Himmelstein, Puhl en Quinn (2018) hebben kwantitatief onderzoek uitgevoerd onder 912 volwassenen. Hieruit blijkt dat stigmatisatie van mensen met overgewicht leidt tot een slechtere fysieke en psychosociale gezondheid. Crocker, Cornwell en Major (1993) hebben tevens kwantitatief onderzoek verricht naar stigmatisatie rondom overgewicht. Uit het onderzoek blijkt dat kinderen (en volwassenen) met overgewicht een van de meest negatief beoordeelde en gestigmatiseerde sociale groepen zijn binnen de samenleving. Klaczynski (2000) toonde met een experiment aan dat kinderen onbewust menen dat overgewicht besmettelijk is. Ze wilden daarom geen drankje drinken dat bereid was door een 'dik' leeftijdsgenootje. Renders et al. (2004, p. 2067) beschrijven dat 'kinderen met overgewicht dikwijls

last hebben van: een negatief zelfbeeld, emotionele problemen en gedragsproblemen en vaker depressief zijn. Daarnaast zijn kinderen overgewicht vaak het doelwit van pesterijen en kunnen zij daardoor in sociale isolatie raken waardoor hun problemen verergeren.' Klaczynski et al. (2004) hebben kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen (over)gewicht, zelfbeeld en de perceptie van anderen. Dit onderzoek gaat niet in op het zelfbeeld van adolescenten, maar richt zich op de negatieve vooroordelen waarmee deze doelgroep te maken heeft. Pierce en Wardle (1997) onderzochten schoolkinderen van negen tot elf met obesitas in Londen. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen die aangeven zelf verantwoordelijk te zijn voor hun overgewicht een lagere zelfwaardering hebben dan kinderen die hun overgewicht toeschrijven aan externe factoren.

Beelden die heersen in onze maatschappij en vanuit de Rijksoverheid zelf gepromoot worden, namelijk dat de burger zelf verantwoordelijk is voor het maken van een 'gezonde keuze' en zodoende zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar eigen gezondheid, kan terugslaan op het beeld dat adolescenten van zichzelf hebben (Pieterman, 2018a). Pieterman (2018b, p. 41) schrijft het als volgt: "de aansporing 'maak de gezonde keuze' leidt ertoe dat 'dikke mensen' veroordeeld worden door de gedachte 'eigen schuld, dikke bult'. Dat 'dikke mensen' gestigmatiseerd worden, is bij de overheid zeker bekend, maar beleid ter bestrijding hiervan is er niet." Juist in dit licht is het jammer dat het beleid, interventies en voorlichting de eigen verantwoordelijkheid benadrukken. Hierdoor wordt keer op keer benadrukt dat adolescenten met overgewicht falen en niet succesvol zijn (Pierce & Wardle, 1997). 'Het uitgangspunt van 'respect voor keuzevrijheid' versterkt daarbij het stigmatiserende effect, zeker wanneer niet op de complexiteit van het 'probleem' wordt gewezen' (DeJong, 1980, pp. 75-87). Verschillende onderzoeken wijzen uit dat zowel individuen als de maatschappij zich niet overmatig moet concentreren op het (over)gewicht van kinderen. Dit creëert ontevredenheid en een negatief lichaamsbeeld terwijl een negatief lichaamsbeeld een van de grootste risicofactoren voor het ontwikkelen van een eetstoornis blijkt te zijn (Morrison & Bennett, 2013; Littleton & Ollendick, 2003; Stice, 2002; Polivy & Herman, 2002; Cooley & Toray, 2001; Woertman, 2003).

Dagevos (2011, p. 39) beschrijft de keerzijde van het verhaal namelijk de angst om te stigmatiseren. "Elke preventieve bemoeienis (ten goede of ten kwade) wordt als betutteling gekwalificeerd. Daarom kan door het probleem van stigmatisering de valkuil ontstaan dat te dikke mensen in hoge mate aan hun lot worden overgelaten zolang ze buiten het medische circuit blijven." Het negeren van problemen uit angst om te stigmatiseren is ook niet de bedoeling. Ten Have, van der Heide, Mackenbach en de Beaufort (2012) beschrijven het belang bij preventieve interventies dat mensen op respectvolle wijze worden benaderd. Daarbij moet er stil worden gestaan bij de culturele waarden en betekenis die eten met zich mee draagt. Evenzo is het belangrijk dat er met de vrijheid en verantwoordelijkheid van mensen integer wordt omgesprongen. Als dit niet gebeurt, zo concluderen ten Have et al. (2012), dan vindt er geen aansluiting plaats bij de moraliteit van deze mensen en zal het beleid of de interventies weinig kans van slagen hebben.

Uit de literatuur komt naar voren dat het idee van een 'obesogene' samenleving de kern vormt van ons huidige preventieve overgewichtbeleid in Nederland (Pieterman, 2018a). Onderzoek van Andreyeva et al. (2008) toont aan dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht de laatste decennia is toegenomen. Zij gaan gebukt onder een 'obesogene' samenleving, waarbij heersende idealen 'slank' en 'gezond' zijn (Pieterman, 2018a). Verscheidene wetenschappers (van Trier & Hornsveld, 2002; Morrison & Bennett, 2013; Klaczynski et al., 2004; Renders et al., 2004)

waarschuwen en pleiten echter dat zowel individuen als de maatschappij zich niet (overmatig) focust op (over)gewicht, aangezien overgewicht ook psychische gevolgen met zich meedraagt. De focus van overheidsbeleid moet daarom niet alleen gericht zijn op het tegengaan van overgewicht onder adolescenten, maar vooral ook op determinanten als coping, sociale steun en het ontwikkelen van individuele competenties.

4 Resultaten

Dit betreft een kwalitatief onderzoek naar het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Aan het empirisch onderzoek hebben achttien respondenten deelgenomen. Hieronder zullen de belangrijkste resultaten vermeld worden. Het zelfbeeld wordt beschreven aan de hand van de concepten zelfbewustzijn en zelfwaardering. Daarbij worden verschillen factoren beschreven die van invloed zijn op het zelfbewustzijn en de zelfwaardering van de adolescent met overgewicht. Vervolgens wordt het bewustzijn en de rol van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van de respondenten beschreven.

4.1 Bewust zijn van- en motivatie om overgewicht tegen te gaan

Hieronder staat weergegeven in hoeverre de respondenten zich bewust zijn van en gemotiveerd zijn om hun overgewicht tegen te gaan. Allereerst is onderzocht hoe het overgewicht van de respondenten is vastgesteld en of deze test en uitkomst past bij hoe de respondent zich voelt. Zijn de respondenten zich bewust van hun eigen overgewicht? Willen ze voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal' en speelt dit een rol in het zelfbewustzijn van de respondenten?

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 vindt er in de wetenschappelijke literatuur een discussie plaats over het vaststellen van overgewicht bij adolescenten. De meest gangbare vorm van meten is door middel van de BMI. Zowel Prentice en Jebb (2001) en Renders et al. (2004) beschrijven dat de BMI geen betrouwbare maatstaf is om overgewicht te berekenen. Daarbij wordt aangegeven dat de BMI meer bij adolescenten dan bij volwassenen als een indicator gebruikt kan worden en minder als instrument om overgewicht vast te stellen. In het empirisch onderzoek is onderzocht of en hoe het overgewicht van de respondenten is vastgesteld en of deze test/uitkomst past bij hoe de respondent zich voelt. Zeven van de achttien respondenten benoemen dat zij weten dat zij overgewicht hebben omdat zij dit kunnen zien aan hun uiterlijk. "Dat lijkt me wel heel duidelijk. Ik heb geen bril nodig om te zien dat ik overgewicht heb natuurlijk. Het is nooit echt vastgesteld, maar als ik op de weegschaal sta dan weet ik genoeg zeg maar" (respondent 16). Het teveel aan lichaamsvet wat zichtbaar is voor een aantal respondenten is dus de indicator dat zij overgewicht hebben. Bij veertien van de achttien respondenten is het overgewicht vastgesteld door het berekenen van de BMI. Bij tien van de dertien respondenten is dit gebeurd door een zorgprofessional, zoals de huisarts, GGD-medewerker, diëtist of door een sportinstructeur. Daarbij geven twee respondenten aan dat naast het berekenen van de BMI ook het vetpercentage is gemeten om het overgewicht vast te stellen. Bij alle andere respondenten is dit niet gebeurd of zij geven in ieder geval niet aan dat dit is gebeurd. Tevens geven vier van de achttien respondenten aan dat het overgewicht bij hen helemaal nooit is berekend of vastgesteld.

Dertien van de achttien respondenten geven aan dat zij zich bewust zijn van hun overgewicht en dat de test of uitkomst past bij hoe ze zich voelen. Zo zegt respondent 14: Het kwam niet echt als een verrassing. Je ziet het gewoon wel. Je hebt mensen om je heen die of dikker of dunner zijn dan jij, dus daar vergelijk je je altijd mee. Ik denk dat dat meer invloed heeft dan dat de GGD er wat van zegt." De overige vijf respondenten geven aan zich bewust te zijn van hun (over)gewicht, maar zich

niet of niet helemaal in het stereotype beeld 'overgewicht' te kunnen vinden. Zij vinden het zelf helemaal niet vervelend dat ze overgewicht hebben of geven aan dat het overgewicht wel meevalt. Dit correspondeert met Bosch et al. (2011) die beschrijven dat er bij overgewicht erg vaak het stereotype beeld heerst van vraatzucht. Echter, iemand kan overgewicht vertonen zonder opvallend veel te eten. Alle vijf de respondenten geven aan dat het label 'overgewicht' hun zelfbeeld niet negatief beïnvloedt.

Er is een discrepantie in deze vraagstelling, de vraag of de respondent zichzelf te zwaar vindt is op twee verschillende manier gesteld. Op de vraag of de respondenten zichzelf te zwaar vinden antwoorden vijftien respondenten met een 'ja'. De overige drie respondenten geven aan zichzelf iets te zwaar te vinden. Ze hebben geen moeite met hun huidige gewicht, toch zouden ze wel een paar kilo willen verliezen of iets strakker worden. "Ik vind mezelf niet echt te zwaar, maar als ik iets lichter zou zijn, dan zou ik het wel beter vinden" (respondent 14). De respondenten lijken zich beter te kunnen (willen) vinden in 'te zwaar' zijn dan het hebben van 'overgewicht'. Zo zegt respondent 18:

Ik vond mezelf er altijd wel wat dikker uitzien, maar als je het vergelijkt met mensen waarvan het heel zichtbaar is dat ze te dik zijn, dan schrik je toch even als iemand zegt 'je hebt overgewicht'. Dat is niet leuk om te horen zeg maar.

Dit sluit aan bij de sociale identiteitstheorie (Tajfel & Turner, 1985). De respondenten willen graag horen bij een sociale groep die bijdraagt aan een positief zelfbeeld, maar zo bleek uit hoofdstuk 3, mensen met overgewicht zijn een van de meest gestigmatiseerde groepen uit onze samenleving (Crocker et al., 1993). Als de respondenten doorhebben (of ervaren) dat er negatief over hun sociale groep gedacht wordt is dit negatief voor de zelfwaardering en leidt dit ertoe dat zij zich minder zullen (willen) identificeren met de groep 'adolescenten met overgewicht'.

Uit het empirisch onderzoek komt tevens naar voren dat alle respondenten, in meer of mindere mate, gemotiveerd zijn om af te vallen. De respondenten geven twee redenen om af te willen vallen, namelijk het verbeteren van het uiterlijk en het verbeteren van de gezondheid. Zo geven negen respondenten aan dat het verbeteren van het uiterlijk de reden is voor hun motivatie om af te vallen. "Als ik van die foto's zie hoe iemand er vroeger uitzag en nu, dat motiveert me wel. Dan denk ik waarom begin ik daar niet mee? Ik wil er ook zo uitzien" (respondent 11). Twaalf respondenten benoemen het bevorderen van gezondheid als een motiverende factor om af te vallen. Drie respondenten benoemen zowel het uiterlijk als de gezondheid een motivatie om iets te doen aan het gewicht. Zo zegt respondent 8: "Het gaat meer om gespierd zijn eigenlijk. Gezonder zijn dat zit er gewoon bij, het heeft met elkaar te maken. Ik wil gewoon beide."

Er worden een aantal oorzaken genoemd waardoor de respondenten gedemotiveerd raken om af te vallen. Een van de genoemde oorzaken waardoor respondenten minder gemotiveerd zijn, is 'te druk zijn'. Zes respondenten geven aan dat zij erg druk zijn in het dagelijks leven waardoor het af vallen op een lager pitje komt te staan. "Ik had veel stress van school waardoor ik de stress en gevoelens weg ging eten. Het was voor mij heel erg meer eten en hogere cijfers of minder eten en slechte cijfers" (respondent 6). Dit sluit aan bij het 'avoidance-avoidance-dilemma' waarbij men moet kiezen tussen twee kwaden (Vonk, 2013). De keus sporten en 'gezond' leven, maar daarbij slechte cijfers halen op school en potentieel niet slagen. Of hoge cijfers halen en slagen, maar niet 'gezond' leven en sporten.

Daarbij lijkt 'motivated thinking' van toepassing, waarbij men vaak onbewust naar zichzelf toe redeneert (Vonk, 2013). Zaken die verder in de toekomst liggen wegen vaak minder zwaar dan de zaken die nu voor handen zijn (Vonk, 2013). In hoofdstuk 3 staat beschreven dat dit soort dilemma's veel stress kunnen veroorzaken. De respondenten geven dan ook aan dat het gevoel geen 'goede' keus te kunnen maken tussen het heden (studie of werk) en de toekomst (gezondheid) stress en/of spanning veroorzaakt. Dit doet het zelfbewustzijn toenemen, aangezien zij de 'keuze' maken om te studeren en niet om 'gezonder' te leven en waardoor zij zichzelf verantwoordelijk houden voor hun overgewicht en het gevoel hebben te 'falen' ten aanzien van het afvallen of de gezondheid. Tien van de achttien respondenten benoemen tevens de (on)toegankelijkheid van een sportmaatje als (de)motiverende factor om (meer) te gaan sporten. Deze respondenten geven aan frequenter te sporten als zij met een vriend(in) kunnen gaan. Zo geven zij aan dit gezelliger te vinden, maar dat een sportmaatje ook een stok achter de deur is om daadwerkelijk te gaan. Als vrienden geen tijd hebben, dan gaan de respondenten niet of minder sporten. De meeste respondenten lijken in meer of mindere mate afhankelijk van de 'praktische steun' die zij krijgen van de sociale omgeving om te gaan sporten (van der Gaag & Snijders, 2005). Respondent 11 zegt hierover: "Ik hou er niet van om alleen te gaan joggen. Als iemand anders niet meekan dan laat ik het zelf ook vallen. Dat is wel stom van mij." Er is niet doorgevraagd of de afhankelijkheid van de 'ander' het zelfbewustzijn en zodoende het zelfbeeld van de respondent beïnvloedt. Ook wordt de langdurigheid en moeite van het afvallen door vier respondenten benoemd. Het is een verandering van levensstijl en daarom een proces waarbij men het hele verdere leven moeite moet doen om slank en/of gezond te blijven. Respondent 13 zegt hierover:

Ik vind het alleen zo jammer dat het afvallen zoveel moeite kost. Dan ben je net een paar maanden bezig en dan ga je een week van het leven genieten en dan heb je weer het gevoel dat alles voor niks is geweest.

Bovenstaande correspondeert met het 'approach-avoidance-dilemma' (Vonk, 2013). De respondenten voelen zich aangetrokken tot de voordelen van de keuze om 'gezond' te leven en af te vallen, maar laten zich afschrikken door de nadelen van deze levensstijl. Ook hier lijkt de behoeftebevrediging op korte termijn (geen moeite hoeven te doen) zwaarder te wegen dan het nadeel op langere termijn namelijk niet afvallen of aankomen. De respondenten benoemen tevens de volgende demotiverende facetten: te dure sportabonnementen, het moet geen verplichting zijn of als een verplichting voelen (diëtist of sporten op school), depressiviteit en vervelende opmerkingen of de angst om veroordeeld te worden.

Uit de interviews blijkt dat alle respondenten zich bewust zijn van hun overgewicht. Echter iets minder dan een derde van de respondenten herkent zich niet of niet helemaal in het stereotype beeld van 'overgewicht'. Verder lijken de respondenten zich beter te kunnen (willen) vinden in 'te zwaar' zijn dan het hebben van 'overgewicht'. Dit correspondeert met de sociale identiteitstheorie (Tajfel & Turner, 1985). Wanneer de respondenten doorhebben (of ervaren) dat er negatief over hun sociale groep gedacht wordt is dit negatief voor de zelfwaardering en leidt dit ertoe dat zij zich minder zullen (willen) identificeren met de groep 'adolescenten met overgewicht'. Verder blijkt dat bijna alle respondenten in meer of mindere mate gemotiveerd zijn om af te vallen. Een derde van de respondenten geeft aan dat het dilemma, geen 'goede' keus te kunnen maken tussen het heden

(studie of werk) en de toekomst (gezondheid) stress en/of spanning veroorzaakt, welke het zelfbewustzijn doet stijgen.

4.2 De rol van druk, angst en afwijzing op het zelfbewustzijn van adolescenten

In het empirisch onderzoek is allereerst onderzocht of de respondenten druk ervaren vanuit de maatschappij om te voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal'. Hoe gaan zij hier mee om? En leidt deze druk tot een verhoogd zelfbewustzijn? Vervolgens is onderzocht of de respondenten last hebben van angstige en neerslachtige gedachtes. Tevens is er onderzocht of deze angstige gedachtes komen door het overgewicht. En of deze angstige gedachtes van invloed is op het zelfbeeld van de respondenten.

Uit hoofdstuk 3 komt naar voren dat wanneer mensen onder druk staan en gestrest zijn het zelfbewustzijn toeneemt (Baumeister & Showers, 1986). Pieterman (2018b) beschrijft dat er vanuit de maatschappij het idee heerst dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor het maken van 'gezonde' keuzes, iemand heeft overgewicht zodoende aan zichzelf te danken. De druk om te voldoen aan het maatschappelijke 'slankheids-' of 'gezondheidsideaal' zou bij adolescenten een verhoogd zelfbewustzijn teweeg kunnen brengen. Een verhoogd zelfbewustzijn kan vervolgens leiden tot angstige of depressieve gevoelens (Vonk, 2013). Toch geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan geen of weinig druk te ervaren vanuit de maatschappij om te voldoen aan het heersende 'schoonheids-' of 'gezondheidsideaal'. Deze respondenten geven aan dat de druk vanuit henzelf komt. De respondenten willen afvallen voor en vanuit zichzelf en niet voor of door druk vanuit de maatschappij. Respondent 8 beaamt dit: "Niet per se een druk vanuit de maatschappij, wel vanuit mijzelf. Het is gewoon dat ik dat zelf heel fijn zou vinden en ook mooi." De respondenten geven zodoende aan slanker te willen zijn omdat zij dit zelf mooier vinden. Men kan zich echter afvragen of de maatschappij geen invloed op heeft op wat de respondenten zien als 'aantrekkelijk' of 'mooi'? Het zelfbeeld wordt beïnvloed door de sociale omgeving, bijvoorbeeld door andere mensen, cultuur en media (Vonk, 2013). Wie je bent en wat je denkt wordt voor een groot deel maatschappelijk bepaald. Het kan zodoende zijn dat de respondenten de heersende sociale norm tot eigen norm hebben verheven en daardoor niet inzien dat deze druk oorspronkelijk van 'buitenaf' komt. Vier respondenten geven aan een beetje druk te ervaren vanuit de maatschappij om slank en/of gezond te zijn. De overige zes respondenten geven aan wel druk te ervaren vanuit de maatschappij om te voldoen aan het heersende gezondheids- of slankheidsideaal. Zo zegt respondent 17:

Ja, ik ervaar wel druk. Ik vind het wel een beetje een paradox. Ik voel heel erg de druk om gezond te zijn. Ik denk alleen dat in de maatschappij het beeld van een gezond persoon niet altijd een gezond persoon is. Heel vaak is het beeld van een gezond persoon een veel te dun persoon. Je hebt maar één bepaald beeld.

Vier respondenten (allen hoger opgeleid) merkt op dat zij de maatschappelijke druk om slank en/of gezond te zijn misschien geïnternaliseerd hebben en daardoor tot eigen norm hebben verheven. "Tja. Misschien indirect. Qua beeld vind ik het mooier om dunner te zijn of gespierder. Ik weet niet of dit gevormd is door de media of dat ik dit zelf vind" (respondent 14). Daarnaast komt uit het

empirisch onderzoek naar voren dat bijna alle respondenten sociale media koppelen aan maatschappelijke druk. 'Druk vanuit de maatschappij' lijken respondenten vooral op te vatten als 'druk vanuit sociale media'. Uit hoofdstuk 3 komt naar voren dat het gebruik van sociale media onder adolescenten alsmat populairder wordt (Smith & Duggan, 2013). Daarbij wijst onderzoek van de Vries (2014) uit dat sociale media, waarin vaak een (onhaalbaar) schoonheidsideaal centraal staat, het zelfbeeld van adolescenten negatief kan beïnvloeden. Vier respondenten geven aan helemaal geen druk te ervaren als gevolg van sociale media om gezonder te leven en/of slanker te worden. Zij verklaren niet of nauwelijks aan sociale media deel te nemen, waardoor deze geen rol speelt op hun zelfbeeld. "Op sociale media zie ik dit soort dingen niet. En anders zou ik me er ook vrij weinig van aantrekken" (respondent 13). Er wordt niet gezegd of zij sociale media om deze reden vermijden (hier is niet naar gevraagd), alleen dat ze er niet aan deel nemen en dat het hun zelfbeeld niet beïnvloedt. Vier andere respondenten benoemen dat sociale media wel druk kan veroorzaken, maar ervaren dit zelf niet. Zeven respondenten geven aan dat zij door sociale media wel druk ervaren om te voldoen aan het heersende slankheids- of gezondheidsideaal. Zo maakt het kijken naar beelden van 'slanke' modellen hen onzeker over het eigen lichaam. Daarbij geven de respondenten aan het gevoel te hebben niet te voldoen aan de 'heersende norm'. Beelden op sociale media zijn veelal bewerkt en grafisch gemanipuleerd en dus niet realistisch. Sociale media creëren daarbij een gevoel van hopeloosheid en/of neerslachtigheid aangezien de respondenten het gevoel hebben niet te (kunnen) voldoen aan de beelden die zij zien. Zo zegt respondent 15:

Heel erg ja. Ik denk doordat ik nu ik ietsjes ouder ben ik het wat minder heb, maar ik struggle er nog steeds wel heel erg mee. Ik denk zeker door alle beelden die je bijvoorbeeld via sociale media krijgt, dat je denkt 'oh ik moet wel echt een maatje 38 hebben' om ten eerste in leuke kleding te passen. Ik denk dat dit bij mij mijn grootste struggle is, in plaats van dat ik er zelf misschien ontevreden mee ben.

Deze zeven respondenten geven aan dat de druk vanuit sociale media, om te voldoen aan een bepaald slankheids- en gezondheidsideaal, hun zelfbeeld negatief beïnvloedt.

Tevens geven twaalf respondenten aan in meer of mindere mate last te hebben (gehad) van angstige of neerslachtige gedachtes en/of gevoelens. De overige zes respondenten geven aan deze gevoelens niet te ondervinden. Van de respondenten die aangeven angstige of neerslachtige gedachtes te ervaren zijn er zeven die deze angstige gedachtes verbinden aan hun overgewicht en het gevoel dat hun overgewicht hen geeft. Vijf respondenten benoemen niet specifiek overgewicht als oorzaak van hun angstige of neerslachtige gedachtes. De angstige en/of negatieve gedachtes spelen een heftige rol op het zelfbeeld van sommige respondenten. Zo geeft respondent 1 aan: "Nou ja, ik wil veranderen maar dat gaat gewoon niet zo snel. Ik denk dan dat ik niet dun ben en daar word ik heel verdrietig van." Respondent 6 geeft zelfs aan door haar depressieve gedachtes (overgewicht is van invloed, maar ze geeft niet specifiek aan dat dit de enige factor betreft) de zin van het leven niet meer in te zien. Zeven van de achttien respondenten geven aan dat zij bovendien zijn aangekomen door de neerslachtige of depressieve gedachtes. Zo zegt respondent 9: "Ik denk dat het vooral is gekomen toen mijn ouders zijn gescheiden. Toen heb ik echt veel te veel gegeten. Je eet je verdriet weg." Respondent 18 zegt hierover: "In de winter bijvoorbeeld dan ben ik ook altijd wat somberder. Ik ga dan meer eten inderdaad en dan merk ik dat ik daardoor ook weer meer inzit met mijn overgewicht." Het lijkt een soort neerwaartse spiraal voor de respondenten waarbij zij zich somber

voelen, hierdoor meer eten, dikker worden en zich nog somberder voelen. De neerslachtige gedachtes hebben zodoende invloed op het instant houden of het verergeren van het overgewicht van de respondent. Een aantal andere redenen voor de angstige of neerslachtige gedachtes die de respondenten benoemen zijn: gepest worden (nu of in het verleden), het overlijden van naasten en ziekte (in de familie).

Ook het gevoel om afgewezen te worden door familie, vrienden of buitenstaanders kan de zelfwaardering van een respondent doen verminderen (Vonk, 2013). Zeven respondenten geven aan zich wel (eens) beoordeeld te voelen en niet of minder buitengesloten.

Beoordeeld wel, zeker op momenten met gym of als je voor en grote groep staat. Dit zijn toch momenten dat je heel erg bekeken wordt en dan ben ik me in een keer wel heel erg bewust van hoe ik eruitzie en hoe ik over kom. Ja, het ideaalbeeld is over het algemeen gewoon slanker (respondent 18).

Vijf respondenten voelen zich nooit buitengesloten of beoordeeld. De overige zes respondenten zijn vroeger wel beoordeeld of buitengesloten, maar geven aan dat dit nu niet meer gebeurt. Van de dertien respondenten die zich in het heden of in het verleden beoordeelt of buitengesloten voelden, geven elf respondenten aan dat deze negatieve beoordeling leidt en/of leidde tot een daling van hun zelfbeeld.

Zoals geschreven in hoofdstuk 3 worden afwijzing, pesten en andere stressvolle ervaringen in verband gebracht met een lage waargenomen zelfcompetentie, lage zelfeffectiviteit en verminderde zelfwaarde' (Rudolph et al., 2005). Daarom is tevens onderzocht of de respondenten wel eens vervelende opmerkingen krijgen ten aanzien van hun overgewicht. Acht respondenten geven aan dat dit het geval is. Eén respondent benoemt hierbij dat het vooral om blikken van anderen gaat en niet zozeer opmerkingen. Vier respondenten geven aan dat deze opmerkingen hen verder niet veel (meer) doet en dat zij hier niet onzeker (meer) van worden. Respondent 1 zegt hierover:

Ik merk wel dat ik altijd opmerkingen krijg van 'oh is ze weer aan het eten', van vrienden. Mijn moeder zegt ook vaak 'het zal eens niet zo zijn dat ze honger heeft, weet je wel. Ik ben het me nu heel erg aan het aanwennen zeg maar. Ik vind dat nu niet zo erg meer.

De andere vier respondenten geven aan dat zij wel onzeker worden van deze opmerkingen, zoals respondent 15:

Sowieso wel vervelende opmerkingen, vooral van gasten. Ik hoor dan 'wat heeft ze een grote kont' ofzo. Ik kan dat niet naast me leggen nee. Het doet zeker wat met je. Zeker op de middelbare school krijgt iedereen wel eens nare opmerkingen naar zijn hoofd en je bent al zo onzeker en dat het dan ook nog eens wordt gezegd, dat is niet leuk.

Daarbij geven zeven respondenten aan vroeger gepest te zijn (op de basisschool), maar nu niet meer. Van deze zeven- geven zes respondenten aan dat zij gepest werden om hun overgewicht. Alle zeven respondenten die gepest zijn, geven aan dat dit een negatieve rol heeft gespeeld op hun zelfbeeld. Een aantal hiervan geven ook aan dat het zelfvertrouwen uiteindelijk gestegen is of sterker is

geworden doordat zij gepest zijn. “Ik ben er zelf wel sterker uitgekomen. Nu zou ik zeggen ‘je moet je kop houden’ en dan neger ik hem” (respondent 12). Een aantal zaken die hebben geholpen om sterker in de schoenen te staan, zijn: meer sporten, naar een psycholoog gaan, cursussen of een militaire opleiding volgen, opener worden, voor zichzelf durven opkomen en vrienden krijgen die hen accepteren zoals ze zijn en voor hen opkomen.

Uit de interviews komt naar voren dat ongeveer de helft van de respondenten geen druk ervaart om te voldoen aan het heersende ‘gezondheids-’ of ‘schoonheidsideaal’. Zij geven aan dat de druk om af te vallen of gezond te zijn vanuit henzelf komt en niet van buitenaf. Uit de literatuur komt naar voren dat sociale media, waarin vaak een (onhaalbaar) schoonheidsideaal centraal staat, het zelfbeeld van adolescenten negatief kan beïnvloeden (de Vries, 2014). Iets meer dan een derde van de respondenten geeft aan dat de druk vanuit sociale media om te voldoen aan een bepaald ‘schoonheids-’ of ‘gezondheidsideaal’ leidt tot een verlaging van het zelfbeeld. Verder komt uit de interviews naar voren dat ongeveer de helft van de respondenten de angstige gedachten die zij hebben toeschrijven aan het gevoel dat het overgewicht hen geeft. Dit leidt tevens tot een verhoogd zelfbewustzijn. Twee derde van de respondenten voelt (of heeft) zich wel eens wel eens beoordeeld of buitengesloten (gevoeld) door de omgeving. Iets minder dan twee derde van de respondenten ziet of zag hierdoor het zelfbeeld dalen. Daarbij geeft ongeveer de helft van de respondenten aan wel eens vervelende opmerkingen te krijgen ten aanzien van het uiterlijk. Deze opmerkingen beïnvloedt het zelfvertrouwen niet (meer) volgens de helft van deze respondenten.

4.3 Waardering van de eigen persoon

Bij de innerlijke standaard gaat het om de vraag in hoeverre de respondenten blij zijn met zichzelf en hun persoonlijkheid. Ervaren zij zichzelf als leuke personen en/of is de zelfwaardering ten aanzien van hun persoonlijkheid en innerlijk lager door het overgewicht? De meest interne contingentie zijn die te maken hebben met de innerlijke standaard. De zelfwaardering vermindert daardoor niet gelijk bij een vervelende opmerking of falen (Deci & Ryan, 1995; Kernis, 2003).

Drie respondenten geven aan blij te zijn met hun uiterlijk. De overige vijftien respondenten zijn niet of gedeeltelijk blij met hun uiterlijk. Alle vijftien respondenten geven aan niet of minder blij te zijn met hun uiterlijk door het overgewicht. “Ik ben niet echt blij met mijn lichaam, mijn overgewicht ziet er niet echt uit” (respondent 11). Respondent 1 benoemt dat de waardering voor een ‘mooi’ innerlijk niet opweegt tegen de ontevredenheid over het eigen uiterlijk. “Nee, het liefst zou ik gewoon ook een mooi uiterlijk hebben. Meestal gaat het eerst om het uiterlijk bij mensen en daarna pas om het innerlijk”.

Onderzoekers als Deci en Ryan (1995) en Kernis (2003) geven aan dat niet contingente zelfwaardering van binnenuit komt. Het betreft een soort basisvertrouwen dat je een goed en waardevol persoon bent. Uit de interviews komt naar voren dat negen van de achttien respondenten blij en/of trots zijn met zichzelf als persoon. Zij geven aan zichzelf als een goed en waardevol persoon te beschouwen. De respondenten geven daarbij aan vooral trots te zijn op hoe ze met anderen omgaan en hoe ze in het leven staan. “Ik ben op zich wel blij met mezelf als persoon. Ik vind gewoon dat hoe ik nu ben, hoe ik leef en mijn vrienden dat vind ik eigenlijk wel leuk” (respondent 4). De

andere helft van de respondenten geven aan voor een deel trots te zijn op de eigen persoon. Zo geven zij aan niet trots te zijn op hun uiterlijk of hun overgewicht, maar spreken wel waardering uit over andere zaken als de eigen persoonlijkheid. "Ik ben niet echt trots op mijn lichaam ofzo, maar wel op mijn geestelijke dingen" (respondent 10). Crocker en Wolfe (2001) onderschrijven dat teleurstelling wanneer je faalt (niet afvallen en daarmee niet kunnen voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal') normaal is, maar dat dit bij de overtuiging dat je een waardevol persoon bent, niet direct een negatieve rol speelt op de zelfwaardering van de eigen persoon. De helft van de respondenten geeft aan dat hun zelfwaardering niet verminderd wordt door het overgewicht. De andere helft van de respondenten spreken waardering uit voor de eigen persoonlijkheid, maar geven aan onzeker te zijn over het aanhoudende overgewicht, waardoor de zelfwaardering verminderd.

Uit de interviews komen tevens een aantal facetten naar voren waarvan de respondenten aangeven dat hen dit (extra) onzeker maakt over hun uiterlijk. Elf van de achttien respondenten gaan op dit onderwerp in. Allereerst benoemen vier respondenten (allen vrouw) dat door het kopen van kleren de zelfwaardering ten aanzien van het uiterlijk verlaagt. Zo geven zij aan onzeker te worden omdat zij niet dezelfde kleren kunnen kopen als vriendinnen of leeftijdsgenootjes. Ook kleding die niet beschikbaar is in grote maten wordt benoemd als iets wat hen extra bewust maakt van hun overgewicht. Ze kunnen dan ook niet altijd dezelfde 'leuke' en/of 'trendy' kleren kopen als vriendinnen. "Ik denk zeker wel bijvoorbeeld qua kleding en slanke vriendinnetjes. Dat soort dingen vind ik wel heel lastig. Dan denk ik ja, jij hebt makkelijk praten of je weet niet hoe het is" (respondent 15). Tevens benoemen vier respondenten (allen vrouw) het (niet) kunnen krijgen van een 'vriend' als een bevestiging van (niet) mooi (genoeg) zijn. Zij geven aan dat dit komt door het overgewicht aangezien slanke meiden (vaak vriendinnen) wel een vriend kunnen krijgen. Zo zegt respondent 1: "Heel stom al mijn vriendinnen krijgen bijvoorbeeld allemaal jongens, dan denk ik dat krijg ik nooit. Als we op stap zijn, krijg ik geen aandacht. Dan denk ik ben ik nou zo lelijk of waar ligt dit aan?" Het lijkt alsof deze vrouwelijke respondenten meer moeite hebben met (de restricties) van hun uiterlijk (overgewicht). Zo speelt het niet mee kunnen komen met vriendinnen op het gebied van uiterlijk een negatieve rol in de zelfwaardering van deze respondenten. Eén respondent (15) geeft aan dat het hebben van een vriend haar zekerder heeft gemaakt over haar uiterlijk. Andere facetten waarvan de respondenten aangeven dat dit een negatieve rol speelt in hun zelfwaardering zijn: in bikini of zwembroek moeten lopen, dat de diëtist zelf vaak slank is, het vergelijken van het lichaam met andere jongens en meisjes, een dikke buik en onrealistische beelden van heel gespierde mensen (via sociale media).

Uit de interviews blijkt dat bijna alle respondenten niet of niet helemaal blij zijn met hun uiterlijk, omreden het overgewicht. Desondanks zijn alle respondenten in meer of mindere mate trots op zichzelf als persoon. Uit de literatuur komt naar voren dat de teleurstelling wanneer je faalt (niet afvallen en daarom niet kunnen voldoen aan het heersende 'slankheids-' en 'gezondheidsideaal' normaal is, maar dat dit bij de overtuiging dat je een waardevol persoon bent, niet direct een negatieve rol speelt op de zelfwaardering van de eigen persoon (Crocker & Wolfe, 2001). De helft van de respondenten geeft aan dat hun zelfwaardering niet verminderd wordt door het overgewicht. De andere helft van de respondenten spreken waardering uit voor de eigen persoonlijkheid, maar geven aan onzeker te zijn over het aanhoudende overgewicht, waardoor de zelfwaardering vermindert. Het

niet mee kunnen komen met vriendinnen op het gebied van uiterlijk speelt een negatieve rol in de zelfwaardering, van een deel van de vrouwelijke respondenten.

4.4 Attributie van prestatie en succes

In hoofdstuk 3 staat beschreven dat voor alle kinderen geldt dat het zelfvertrouwen stijgt door het behalen van succes (van Beemen, 2010). De mate van zelfvertrouwen hangt samen met de positieve verwachting van het kind dat het zijn taken tot een goed einde kan brengen. Het is daarom waardevol om te kijken of de respondenten zichzelf als succesvol bestempelen en waarom. Mede doordat de zelfwaardering toe- of afneemt door de mate waarin de prestaties die zij leveren als succesvol worden gezien, door henzelf of door anderen. Daarbij is onderzocht of het overgewicht van de respondenten van invloed is op de mate waarin zij zichzelf als succesvol omschrijven. Vervolgens is gekeken naar de zelfeffectiviteit van de respondenten.

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat zeven respondenten zichzelf in het algemeen als succesvol zouden bestempelen. Zes respondenten geven aan niet succesvol te zijn en vier respondenten geven aan zichzelf deels als succesvol te zien. Er is één respondent die aangeeft niet te weten of zij succesvol is of wat zij als succesvol ziet. Van Beemen (2010) beschrijft dat voor alle kinderen geldt dat door het behalen van succes de zelfwaardering stijgt. Of de zelfwaardering altijd afhangt van succes en iedereen onzeker wordt van falen is afhankelijk van waaraan het succes of falen wordt toegewezen (van Beemen, 2010). Elf van de achttien respondenten benoemen studeren, slim zijn of het behalen van een diploma als factoren van succes. Zes van deze respondenten bestempelen zichzelf als succesvol doordat hun studie goed gaat. De vijf overige respondenten geven aan dat zij zichzelf (nog) niet als succesvol waarden op het gebied van studie, bijvoorbeeld omdat ze hun diploma nog moeten halen. Tevens geven vijf van de achttien respondenten aan zichzelf (gedeeltelijk) niet succesvol te vinden omdat zij (nog) overgewicht hebben. “Ik kom ver, maar op een gegeven moment dan ga ik weer snoepen enzovoort en dan kan ik weer opnieuw beginnen. Daarom vind ik mezelf niet echt succesvol” (respondent 13). Vier van deze vijf respondenten geven aan zichzelf, afgezonderd van het aanhoudende overgewicht, wel als succesvol te zien. Zij schrijven hun positieve eigenschappen en geleverde prestaties toe aan het eigen succes. Het lijkt zodoende alsof de meeste (bijna twee derde) respondenten het eigen succes voornamelijk toeschrijven aan het al dan wel of niet halen van de studie en het opleidingsniveau, het uiterlijk en/of het overgewicht wordt door deze respondenten niet genoemd als factor voor succes. Ongeveer een derde van de respondenten koppelen overgewicht wel aan het eigen succes en zien zichzelf dan ook als minder succesvol door het overgewicht.

Vervolgens is gekeken naar de zelfeffectiviteit van de respondenten. Elf van de achttien respondenten geeft aan redelijk tot veel vertrouwen te hebben in hun eigen kunnen, ook wel zelfeffectiviteit genoemd. Zij hebben het gevoel dat zij alles kunnen bereiken wat ze willen ook ten aanzien van hun overgewicht. Het overgewicht maakt niet dat ze weinig of geen vertrouwen hebben in zichzelf. Een aantal van deze respondenten geeft aan onzeker te zijn over het overgewicht, maar het vertrouwen in zichzelf wordt hierdoor niet aangetast. Zo zegt respondent 8: “Ik kan mijn doelen halen en ik weet waar ik aan toe ben en wat ik zou kunnen. Dus ik vertrouw er wel op dat ik alles kan bereiken.” De overige zeven respondenten geven aan geen of weinig vertrouwen in zichzelf te

hebben. De meeste van deze respondenten geven aan dat hun geringe zelfvertrouwen komt door het aanhoudende overgewicht. Zij geven aan al langer overgewicht te hebben en doordat dit zo lang duurt hebben zij weinig vertrouwen in hun eigen kunnen om af te vallen of om slank te blijven. Het lijkt erop dat deze respondenten het falen, niet kunnen afvallen, bij zichzelf leggen, waardoor de zelfwaardering daalt. Zo zegt respondent 10: "Nee. Ik heb al een tijdje overgewicht en misschien had ik allang dunner kunnen zijn. Waarom ben ik het dan niet?" Drie van deze zeven respondenten geven aan geen vertrouwen te hebben in zichzelf ten aanzien van hun overgewicht. Op andere vlakken in hun leven hebben ze wel vertrouwen in zichzelf.

Ik denk dus vooral omdat genoeg dingen wel goed gaan, op andere gebieden. Ik ben over het algemeen wel redelijk blij met mezelf. Alleen als ik weer geconfronteerd word met dat ik toch wat overgewicht heb dan is het vertrouwen in mijzelf weer wat lager, maar over het algemeen heb ik normaal vertrouwen in mezelf denk ik (respondent 18).

Op de vraag wie of wat ervoor zorgt dat de respondenten veel of weinig vertrouwen hebben in zichzelf benoemen tien respondenten dat dit vanuit hen zelf komt. Twee andere respondenten benoemen dat zij hun zelfvertrouwen deels halen uit een psycholoog en/of een arts.

In hoofdstuk 3 staat beschreven dat voor alle adolescenten geldt dat de zelfwaardering stijgt door succes. De mate van zelfwaardering hangt samen met de verwachting dat de adolescent zijn taken tot een goed einde kan brengen (van Beemen, 2010). Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat ongeveer twee derde van de respondenten redelijk tot veel vertrouwen heeft in het eigen kunnen, ook ten aanzien van hun overgewicht. Ondanks dat een deel van deze respondenten onzeker is over het overgewicht lijkt dit niet hun zelfwaardering aan te tasten. Of het vertrouwen in het zelf stijgt bij succes en daalt bij falen is afhankelijk van waar het succes of falen aan wordt toegewezen (van Beemen, 2010). Deze respondenten schrijven voornamelijk het volgen of afronden van een studie toe aan het zich wel of niet succesvol voelen. Ongeveer een derde van de respondenten geven aan geen of weinig vertrouwen in zichzelf te hebben. De meeste van deze respondenten geven aan dat hun geringe zelfvertrouwen komt door het aanhoudende overgewicht. Het lijkt erop dat deze respondenten het falen, niet kunnen afvallen, bij zichzelf leggen, waardoor de zelfwaardering daalt.

4.5 Rol van de sociale omgeving op het zelfbeeld

Zoals in hoofdstuk 3 staat beschreven heeft de sociale omgeving van een adolescent een grote rol bij het innemen van zijn of haar zelfbeeld. Wie je bent, wat je doet, wat je vindt en wat je voelt is voor een belangrijk deel gebaseerd op de invloed van de mensen om ons heen (Vonk, 2013).

Adolescenten zijn daarbij voortdurend op zoek naar informatie die hun zelfbeeld verbetert of het bestaande zelfbeeld bevestigt. In het empirisch onderzoek is onderzocht of de respondenten gestimuleerd worden door de sociale omgeving om af te vallen en/of gezonder te leven. Daarbij is gekeken naar de rol die de sociale omgeving speelt op het zelfbeeld van de respondenten. Tevens is de respondenten gevraagd wat de sociale omgeving zou kunnen doen om hun zelfbeeld positief te stimuleren.

Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat alle respondenten gestimuleerd worden door hun sociale omgeving om af te vallen. Waarvan zeventien respondenten aangeven gestimuleerd te worden om af te vallen door familie en elf respondenten aangeven gestimuleerd te worden om af te vallen door vrienden. Daarbij geven twaalf respondenten aan het niet vervelend te vinden dat de sociale omgeving hen stimuleert om af te vallen. Zij geven aan dat dit hun zelfwaardering niet negatief beïnvloedt. Zij waarderen dat de sociale omgeving hen probeert te helpen en voelen zich daardoor gesteund en in een aantal gevallen motiveert het de respondenten zelfs. Dit sluit aan bij de het belang van 'sociale steun', waarbij de sociale omgeving een 'positieve invloed' heeft op het zelfbeeld van de respondenten (van der Gaag & Snijders, 2005). In hoofdstuk 3 komt naar voren dat adolescenten ideaal gezien behoren op de groeien met het gevoel onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden zoals ze zijn. Als volwassenen blijken zij beter autonoom te zijn doordat zij niet het gevoel hebben constant hun best te moeten doen om zelfwaardering te verkrijgen (Deci & Ryan, 2000; Rogers, 1961). Zes respondenten geven aan dat zij het deels fijn vinden dat de sociale omgeving hen stimuleert om af te vallen, maar dat het deels ook hun zelfbeeld negatief beïnvloedt. Een reden die hiervoor genoemd wordt is te veel negatieve of vervelende opmerkingen over het overgewicht of het lichaam. Zo zegt respondent 6:

Als ze bijvoorbeeld zeggen van 'ik vind het vervelend dat ik een dikke zus heb'. Dat geeft me een slecht gevoel over mezelf omdat zij zich schamen voor mij. Of 'hoe voelt dat nou om dik te zijn en wat vind je hier zelf van?' Ik heb gewoon het gevoel dat ze denken dat ik het leuk vind om overgewicht te hebben, maar dat is natuurlijk helemaal niet zo. Mijn familie steunt me wel door altijd te zeggen van 'je kan het wel'.

Ook benoemen drie respondenten dat de sociale omgeving hen niet moet zeggen wat zij moeten doen. Hiermee wordt bedoeld dat 'iets moeten' een averechts effect heeft. Eén respondent (17) benoemt dat dreigementen, vanuit de familie, in verband met het tegengaan van haar overgewicht haar onzekerder maakt. Een andere respondent (18) benoemt onzeker te worden omdat haar ouders het overgewicht (en het psychische aspect hiervan) niet serieus (genoeg) nemen.

In hoofdstuk 3 staat beschreven dat het zelfbeeld van een adolescent sterk beïnvloed wordt door feedback van zijn sociale omgeving (Harter, 1990b). In de kindertijd doet de sociale omgeving dat door het kind met warmte en belangstelling te benaderen. Door de jaren heen worden echter specifieke reacties steeds belangrijker (Vonk & Smit, 2011). De sociale omgeving kan zodoende een positieve rol spelen op het zelfbeeld van de respondent door het geven van feedback. Echter feedback, die wordt geïnterpreteerd als negatieve opmerkingen over het gewicht of uiterlijk, worden ook vaker genoemd als een factor die bijdraagt aan een verlaging van het zelfbeeld. Zo geven de respondenten aan dat er een balans moet zijn tussen aan de ene kant de nadruk leggen op het overgewicht van de respondent en aan de andere kant positieve opmerkingen ten aanzien van het uiterlijk of de persoon.

Ik denk bijvoorbeeld dat mijn ouders het misschien wel iets serieuzer kunnen nemen als ik het erover heb en niet te makkelijk wegwuiven van 'je ziet er hartstikke goed uit'. Toch te veel de nadruk erop leggen is ook niet goed voor het zelfvertrouwen, want dan ben je er te veel mee bezig en dat is ook niet goed (respondent 18).

Niettemin benoemen twaalf respondenten dat ouders hun zelfwaardering op een positieve manier stimuleren welke een positieve invloed heeft op hun zelfbeeld. De meest genoemde facetten die de respondenten noemen, waarmee de sociale omgeving hun zelfbeeld positief kan bekrachtigen is door het geven van: complimenten, erkenning, acceptatie en bemoediging. Deze facetten komen grotendeels overeen met de in hoofdstuk 3 beschreven facetten, namelijk praktische steun, aandacht, emotionele steun en kennis (van der Gaag & Snijders, 2005). Praktische steun zoals het voorzien van kennis en materiële steun worden wel genoemd door de respondenten, maar wordt minder genoemd dan de emotionele steun waarmee de sociale omgeving het zelfbeeld van de respondent positief bekrachtigd.

Zeven van de achttien respondenten benoemen ook het vergelijken met de sociale omgeving als positieve of negatieve factor op het zelfbeeld. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat bij negen respondenten een of meerdere personen in de familie overgewicht hebben. Zoals ook in hoofdstuk 3 beschreven staat, wordt het beoordelen van eigenschappen en kwaliteiten van mensen altijd gedaan in vergelijking tot anderen, ook wel de 'sociale-vergelijkingstheorie'. Vergelijking doet zich vooral wanneer men onzeker is over zichzelf of een aspect van het zelf (Festinger, 1954). Daarbij wil men graag informatie die de eigen zelfwaardering doet stijgen of het bestaande zelfbeeld bevestigt (Vonk, 2013). Vijf van de negen respondenten geven bijvoorbeeld aan dat zij overgewicht hebben, of meer aanleg hebben om overgewicht te krijgen, omdat meerdere mensen in de familie overgewicht hebben. "Ik heb natuurlijk meer aanleg dat ik snel dik kan worden. Dat is natuurlijk wel vervelend, maar ik weet dat hier niks aan kan gebeuren. De ene mens kan veel eten en weinig aankomen en de ander niet" (respondent 1). Ook wordt aangegeven dat de respondent dan nog de meest lichte persoon is thuis. "Als ik naar mijn familie kijk dan ben ik nog een van de slankste. Ik denk niet dat dat een goed voorbeeld is, maar van hen zal ik niet zo veel over mijn overgewicht horen" (respondent 16). Deze respondenten, waarvan meerdere mensen in de sociale omgeving overgewicht heeft, lijken het overgewicht makkelijker te relativiseren. Toch geven vier respondenten aan het overgewicht in de familie ook als motivatie te gebruiken om af te vallen en/of gezonder te leven. Zij geven aan dat mede doordat zij geconfronteerd worden met de gezondheidsklachten van hun familie dit hen stimuleert om iets te doen aan het eigen overgewicht. Respondent 6 benoemt dat het vergelijken met de sociale omgeving ook gebruikt kan worden als afweermecanisme. "Ik ben niet mooi, maar dat meisje is ook niet mooi." Ook wel het zelfverheffingsmotief waarbij men dus graag kijkt naar iemand die minder goed af is dan zijzelf, waardoor de zelfwaarde stijgt (Vonk, 2013). De vergelijking met iemand die beter of knapper is kan ook teleurstellend uitpakken. Zo kan dit leiden tot negatieve gevoelens en/of zelfwaardering wanneer de betere of mooiere ander wordt gezien als een standaard waar je zelf aan moet voldoen (Muller & Fayant, 2010). Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat het vergelijken met de sociale omgeving de zelfwaardering nadelig beïnvloedt. Redenen hiervoor zijn: slanke familieleden, vrienden die wel 'leuke' kleren aankunnen, vrienden die relaties krijgen, geen en/of weinig mensen in de sociale omgeving met overgewicht. Zo zegt respondent 6: "Misschien is het (verlaging van het zelfbeeld) ook een beetje van thuis gekomen. Ik ben opgegroeid met drie zussen. Mijn zussen zijn best wel dun. Ik weet het niet, ik pas gewoon niet in het plaatje."

Er is ook gevraagd hoe de sociale omgeving de zelfwaardering van de respondent positief kan stimuleren. Leary en Baumeister (2000) beschrijven dat wanneer de sociale omgeving de adolescent afwijst, aan hen twijfelt of negeert de adolescent sneller gaat twijfelen aan zichzelf. Echter de

zelfwaardering stijgt naarmate adolescenten zich geaccepteerd en gerespecteerd voelen door een ander. Hierbij hebben adolescenten niet alleen behoefte aan accurate informatie over het zelf, men wil graag informatie die de eigen zelfwaardering doet stijgen of het bestaande zelfbeeld bevestigt (Vonk, 2013). Volgens negen respondenten draagt de sociale omgeving bij aan een positieve stimulatie van hun zelfwaardering, door het aanmoedigen van de respondent over hoe goed hij of zij al bezig is. Daarnaast benoemen zeven respondenten het geven van complimenten als positieve factor op de zelfwaardering. Door de goedkeuring en erkenning van de sociale omgeving wordt het zelfbeeld van de respondenten bekrachtigd. Vooral erkenning en acceptatie van het gezin wordt hierbij genoemd zoals ouders (of zorgdragers), broertjes en zusjes. Vier respondenten benoemen het eerlijk en open praten met de sociale omgeving als positieve invloed op de zelfwaardering: het zorgt ervoor dat zij sterker in hun schoenen staan. Zo geven zij aan het prettig te vinden dat de sociale omgeving eerlijk is over het overgewicht van de respondent en hierover durft te praten. Eén respondent (12) benoemt hierbij het belang dat hem niet naar de mond gepraat wordt. Hij wil eerlijk en duidelijk weten waar het op staat. Vijf respondenten geven echter aan dat de sociale omgeving geen grapjes moeten maken ten aanzien van het gewicht of uiterlijk. Dit geeft de respondenten het gevoel belachelijk gemaakt te worden. Zij geven daarbij aan dat dit niet bevorderlijk is voor de zelfwaardering. Daarnaast benoemen vier respondenten steun vanuit de familie. Hiermee bedoelen ze dat de respondent bij de sociale omgeving terecht kan met zijn of haar problemen en onzekerheden en dat de sociale omgeving dit serieus neemt en hen steunt waar mogelijk. Ze voelen zich op deze manier serieus genomen. Andere redenen die genoemd worden waarmee de sociale omgeving de zelfwaardering van de respondent positief kan stimuleren zijn: enthousiast praten, de respondent niet anders behandelen dan adolescenten zonder overgewicht en het uitspreken van de familie dat zij van de respondent houden.

Uit de interviews blijkt dat alle respondenten gestimuleerd worden door de sociale omgeving om af te vallen. Daarbij geeft het grootste deel van de respondenten aan dat het stimuleren van de sociale omgeving hun zelfwaardering niet negatief beïnvloedt. Zij waarderen dat de sociale omgeving hen probeert te helpen en voelen zich daardoor gesteund. De sociale omgeving kan een positieve impact hebben op het zelfbeeld van de respondent door het geven van 'sociale steun' onder andere in de vorm van feedback. Echter feedback, die wordt geïnterpreteerd als negatieve opmerkingen over het gewicht of uiterlijk, worden vaker genoemd als een factor die bijdraagt aan een verlaging van de zelfwaardering van de respondenten. Facetten die bijdragen aan het bekrachtigen van de zelfwaardering van de respondenten zijn: erkenning, acceptatie, bemoediging en complimenten vanuit de sociale omgeving. Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat het vergelijken met de sociale omgeving de zelfwaardering nadelig beïnvloedt.

4.6 Gezondheid

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat er veel onduidelijkheid heerst over de invulling van het begrip gezondheid (Huber et al., 2016a). Daarom is er in het empirisch onderzoek onderzocht of de respondenten zichzelf als gezond of ongezond zouden bestempelen. Daarnaast is gekeken wat de respondenten verstaan onder 'gezond' zijn en of de respondenten bewust zijn van de

gezondheidsrisico's die samenhangen met het hebben van overgewicht en of dit iets met hun zelfbeeld doet.

Allereerst is onderzocht wat gezond zijn inhoudt volgens de respondenten. Twaalf van de achttien respondenten koppelen gezond zijn aan voldoende kunnen sporten en/of bewegen. Dertien van de achttien respondenten geven aan dat je gezond bent als je gezond eet. Zo noemen de respondenten vaak als voorbeeld dat je veel groente en fruit moet eten. Daarnaast wordt ook; slank zijn, niet stevig zijn, dun(ner) zijn of een gezond gewicht hebben volgens de BMI, door zeven respondenten benoemd als een facet van gezond zijn. Tevens geven vijf respondenten aan dat 'goed in je vel zitten' onderdeel is van gezond zijn.

Aansluitend is onderzocht of de respondenten zichzelf gezond of ongezond voelen. Drie van de achttien respondenten geeft aan zich niet gezond te voelen. Vijf van de achttien respondenten geven aan zich niet heel gezond, maar ook niet heel ongezond te voelen. Zij geven alle vijf aan dat het zich niet gezond voelen komt doordat zij overgewicht hebben. Tien van de achttien respondenten geven aan zichzelf gezond te voelen. Zeven van de tien respondenten geven aan dat dit komt omdat zij genoeg (kunnen) bewegen. Doordat zij genoeg kunnen bewegen en/of sporten voelen zij zich fit en dit resulteert in weer in het zichzelf als gezond voelen. "Ik voel me gewoon fit en gezond. Ik kan gewoon alles doen. Ik normaal bewegen en alles" (respondent 11). Ook geeft een aantal respondenten aan dat zij maar een beetje overgewicht hebben, of minder dan voorheen, waardoor zij zich gezond voelen. Respondent 13 zegt hierover: "Ik voel me wel gezond. Ik voel me niet echt super dik zeg maar en ik eet wel gewoon gezond en ik sport ook een paar keer per week." Respondent 10 en 16 geven daarbij aan dat zij zich ook gezond voelen omdat zij niet ziek zijn of last hebben van kwaaltjes. Uit de literatuur komt naar voren dat de behoefte tot zelfverheffing bij bijna alle mensen prominent aanwezig is. Over het algemeen wil men behoren tot een sociale groep die bijdraagt aan een positief zelfbeeld (Tajfel & Turner, 1985). Ruim twee derde van de respondenten verklaart zich (deels) gezond. Het lijkt zodoende alsof de respondenten zich liever niet identificeren als 'ongezond'. Uit de literatuur komt naar voren dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht de laatste decennia is toegenomen (Andreyeva et al., 2008). Uit paragraaf 4.2 komt naar voren dat twee derde van de respondenten zich in het heden of in het verleden wel eens beoordeeld of buitengesloten voelt door zijn of haar omgeving. Iets minder dan twee derde van de respondenten ziet of zag als gevolg daarvan het zelfbeeld dalen. Het lijkt zodoende dat wanneer de respondenten doorhebben dat er negatief over hun sociale groep gedacht wordt, dit een negatieve rol speelt in hun zelfbeeld en ertoe leidt dat zij zich minder snel (willen) identificeren met deze groep.

In hoofdstuk 3 staat beschreven dat de definitie van gezondheid van Huber et al. (2016b) zich beperkt tot het functionele aspect, waarbij gezondheid wordt gereduceerd tot het eigen vermogen om zich aan te passen of de eigen regie te voeren. De respondenten zijn het hier grotendeels mee eens of benoemen dit in elk geval. Zo geven de meeste respondenten aan dat gezondheid inhoudt dat je kan doen in het leven wat je wil. Het gaat de respondent hierbij om een soort vrijheid om te doen en laten wat hij of zij wil zonder beperkt te worden door zijn eigen overgewicht of gezondheid. Uit de literatuur komt naar voren dat er vanuit de maatschappij het beeld heerst, welke gepromoot wordt vanuit de Rijksoverheid, dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor het maken van 'gezonde' keuzes. Iemand heeft het overgewicht dan ook aan zichzelf te danken (Pieterman, 2018a). Dit correspondeert met de empirie waaruit blijkt dat zeventien van de achttien respondenten zichzelf

(deels) verantwoordelijk houdt voor het eigen overgewicht. Bij overgewicht gaat het om een specifieke groep in onze maatschappij die op basis van de BMI '(te) zwaar' en/of 'on gezond' worden bevonden (van der Stel, 2004). Dit terwijl er geen consensus bestaat over wat het begrip 'gezondheid' precies inhoudt en er een discussie in de literatuur plaatsvindt over de BMI als betrouwbare meetinstrument om overgewicht onder adolescenten vast te stellen. Ondanks dat nagenoeg alle respondenten zichzelf verantwoordelijk houden voor het (aanhoudende) overgewicht, legt bijna twee derde van deze respondenten deze verantwoordelijkheid voor een deel ook buiten zichzelf. Zo benoemen vijf van de zeventien respondenten dat zij aanleg hebben om aan te komen. Zeven van de zeventien respondenten benoemen 'emotie eten' als oorzaak van het overgewicht. En zes van de zeventien respondenten benoemen 'te druk' zijn als oorzaak van het overgewicht. Dit lijkt te corresponderen met het zelfverheffingsmotief, die bij bijna alle mensen prominent aanwezig is. De respondenten hebben zodoende niet alleen behoefte aan accurate informatie over zichzelf, zij beschikken (of vertellen) graag informatie die het eigen zelfbeeld bevestigt of doet stijgen (Vonk, 2013).

Uit hoofdstuk 3 komt naar voren dat overgewicht ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt (Renders et al., 2004). Bijna alle respondenten, namelijk zeventien van de achttien, geven aan zich bewust te zijn van de gezondheidsrisico's die samenhangen met het hebben van overgewicht. Echter, zo geven vier respondenten aan, dat zij zich bewust zijn van de gezondheidsrisico's, maar dat hen dit niet echt iets doet of bezighoudt. Voornamelijk omdat ze er nog geen last van ondervinden of het idee hebben dat het hen niet zal raken of overkomen. Voor zeven respondenten doet het mogelijke gezondheidsrisico wel degelijk iets met hen en willen ze echt voorkomen dat ze (fysieke) last ondervinden van hun overgewicht. Respondent 9 zegt hierover: "Het is heftig als je bijvoorbeeld hoort dat je er dood aan kan gaan of dat je suikerziekte kan krijgen. Dat wil je natuurlijk niet. Dat is wel een reden om af te vallen of gezonder te leven." De andere zeven respondenten zijn zich bewust van de gezondheidsrisico's en het doet ook iets met hen, maar zij voelen geen directe aanleiding om nu te handelen omdat ze nog jong zijn en geen last ondervinden van hun overgewicht. Zo zegt respondent 1:

Ik weet dat het niet zo heel erg is bij mij. Ik zie programma's waarbij het allemaal heel erg is. Ik weet dat ik wel te dik ben, maar ik vind het nog niet zo erg zeg maar. Ik merk er nog niks van.

Bijna twee derde van de respondenten geeft aan dat het af weten van de gezondheidsrisico's met betrekking tot hun overgewicht weinig met hen doet of wel iets met hen doet, maar geen aanleiding vormt om te handelen. Uit de literatuur (Vonk, 2013) komt naar dat er een balans moet bestaan tussen 'gezonde' en/of 'realistische' zelfacceptatie van de respondenten en het negeren van 'negatieve' feedback of informatie om het zelfbeeld te beschermen. Het kan zijn dat een deel van de respondenten het zelfbeeld probeert te beschermen en/of behouden, door optimistisch te blijven ten aanzien van serieuze gezondheidsrisico's met betrekking tot hun overgewicht. Er is niet direct gevraagd aan de respondenten of zij de eigen gezondheidstoestand positief of positiever inschatten om zodoende hun zelfbeeld te beschermen of te verhogen.

Uit bovenstaande blijkt dat het merendeel van de respondenten zich 'gezond' voelt. Zowel vanuit het beleid, de maatschappij als door bijna alle respondenten wordt de eigen verantwoordelijkheid voor

het overgewicht benadrukt. Een deel van de respondenten legt de 'verantwoordelijkheid' van hun overgewicht ook buiten zichzelf. Dit correspondeert met het zelfverheffingsmotief, waarbij zij niet alleen accurate informatie over het zelf willen. Daarbij beschikken (of vertellen) de respondenten graag informatie die het eigen zelfbeeld bevestigt of doet stijgen (Vonk, 2013). Tevens lijkt het alsof een deel van de respondenten het zelfbeeld probeert te beschermen en/of behouden, door optimistisch te blijven ten aanzien van serieuze gezondheidsrisico's met betrekking tot hun overgewicht.

4.7 Preventief overheidsbeleid

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het belangrijk is om bij preventieve interventies mensen op respectvolle wijze te benaderen, en dat er geluisterd wordt naar de motieven en argumenten die zij aandragen (ten Have et al., 2012). In het empirisch onderzoek is onderzocht of de respondenten zich allereerst bewust zijn van de maatregelen die voortvloeien uit het beleid van de Rijksoverheid en wat zij van deze maatregelen vinden. Ook is onderzocht of deze maatregelen een rol spelen in het zelfbeeld van de respondenten.

Veertien van de achttien respondenten lijkt zich niet bewust van en/of bekend met de preventieve beleidsmaatregelen die genomen worden vanuit de Rijksoverheid om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan. De respondenten zijn zich hoogstwaarschijnlijk wel bewust van enkele maatregelen, maar weten misschien niet dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid. Drie respondenten zijn zich wel bewust van het overheidsbeleid gericht op het tegengaan van overgewicht onder adolescenten, maar kan hiervan geen voorbeeld noemen. Aangezien het grote merendeel van de respondenten zich niet bewust is of bekend zijn met de overheidsmaatregelen is de 'Gezonde schoolkantine' als voorbeeld gegeven. Dertien van de achttien respondenten geeft aan 'de gezonde schoolkantine' te kennen. Zij vinden dit een goede maatregel of in ieder geval een goed begin. Tevens geven veertien van de achttien respondenten aan dat zij het goed vinden dat de overheid maatregelen neemt om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan. Daarbij geven de respondenten een aantal randvoorwaarden aan waarmee het overheidsbeleid rekening zou moeten houden. Een van de onderdelen van het preventieve overheidsbeleid zoals beschreven in de literatuurstudie is voedingsvoorlichtingen faciliteren onder adolescenten. Op die manier leren adolescenten al op jonge leeftijd wat 'gezond' is en wat niet. Elf respondenten benoemen het belang van 'kennis over voeding' als onderdeel van succesvol preventief overheidsbeleid. Om adolescenten de eigen regie te laten voeren in hun leven is belangrijk dat zij voldoende kennis bezitten over gezonde voeding zodat zij minder makkelijk verleid worden door de voedingsindustrie om ongezonde producten te kopen (Bosch et al., 2011). Zo zegt respondent 15:

Een Sultana heeft bijvoorbeeld een vrij gezond imago terwijl daar veel meer suiker inzit dan je denkt. Dit soort dingen heb ik nooit geleerd op school. Ik heb dit alleen geleerd door de specialisten (diëtist), die ik heb gesproken. Ik denk dat het zeker goed zou zijn als je je kinderen op een leuke schoolse manier leert om te gaan met voeding.

Gebrek aan kennis, als je bijvoorbeeld denkt gezond te eten terwijl dit niet het geval is, kan overgewicht in standhouden of zelfs verergeren. De adolescenten van nu hebben de toekomst in

handen. Zij bepalen zelf om al dan wel of niet gezonde keuzes te maken (Bosch et al., 2011). “Uiteindelijk zit je niet de hele dag op school en dan kan je alsnog al die ongezonde dingen nemen. Ik denk dat het meer belangrijk is om jongeren bewust te maken van wat is gezond en wat niet” (respondent 14).

In hoofdstuk 3 staat dat overgewicht vaak in verband wordt gebracht met stereotype vraatzucht. Echter iemand kan overgewicht vertonen zonder opvallend veel te eten. Andersom kan iemand last hebben van eetbuien zonder een toename van het gewicht (Bosch et al., 2011). Pieterman (2018a) beschrijft dat er vanuit de samenleving het idee heerst dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor het maken van een ‘(on)gezonde’ keuze, hij of zij heeft het overgewicht zodoende aan zichzelf te danken. Bepaalde overheidsmaatregelen, zoals de ‘gezonde schoolkantine’, stimuleren adolescenten om een ‘gezonde’ keus te maken, ondanks dat er onzekerheid bestaat over wat ‘(on)gezond’ precies inhoudt. Negen van de elf respondenten geven aan dat zij niet voldoende over voeding weten en hier graag meer over zouden willen leren op school bijvoorbeeld tijdens biologie, voedingsleer of speciale cursussen en/of trainingen. Eén respondent geeft aan zijn kennis over voeding op school te hebben geleerd. De meeste andere respondenten geven aan helemaal niet of niet zo uitgebreid het aspect voeding te hebben behandeld op school. Zo zegt respondent 14: “Met biologie had je het er soms over, maar niet heel erg uitgebreid dus ik denk dat dit nog wel beter kan.” Ongeveer de helft van de respondenten voegt toe dat deze voedings- of sportlessen voor alle adolescenten beschikbaar moeten zijn en niet alleen adolescenten met overgewicht. “Dat ze vanaf een jaartje of twaalf, en goed voor zichzelf kunnen denken, dan toch een beetje wakker worden geschud zeg maar. Voor alle kinderen, niet alleen die met overgewicht. Ik ben door de jaren heen dikker geworden namelijk” (respondent 16). Een aantal respondenten geven aan via het internet aan informatie over gezonde voeding te komen. Daarbij wordt aangegeven dat dit niet altijd wenselijk is, maar dat zij via het internet veel kennis kunnen opdoen. Er is ook een keerzijde, namelijk door de ontzettend grote informatie stroom op internet weten de respondenten niet altijd wat goed en waar is en wat niet. Het gevaar bestaat dat de respondenten zwichten voor voeding- en dieet hypes omdat ze niet hebben geleerd wat ‘gezonde’ voeding precies inhoudt.

Wat je leest op sociale media, want daar halen jongeren denk ik de meeste kennis vandaan. Het is namelijk geen apart vak op school. Bij alles wat je op sociale media leest is het maar de vraag of het waar is natuurlijk en of het allemaal wel klopt. Ik denk niet dat jongeren hier genoeg over weten (respondent 16).

In hoofdstuk 3 wordt obesitas met ‘aanpassingsproblemen’ beschreven. De adolescenten schamen zich voor hun overgewicht waardoor het zelfbeeld door het overgewicht wordt aangetast. Eten fungeert daarbij als een ‘coping mechanisme’, een soort troost om de negatieve gevoelens te onderdrukken (van Trier & Hornsveld, 2002). Ondanks dat er in het empirisch onderzoek niet direct naar de psychosociale gevolgen van overgewicht gevraagd is komt dit onderwerp meermaals naar voren in de antwoorden van de respondenten.

De mensen die deze jongeren helpen moeten meer de problemen erachter aanpakken. Ik denk dat het (haar diëtist) dan toch ook een soort hoofd psycholoog moet zijn. Voor mij is het heel belangrijk om die psychologie erachter iets meer aan te pakken dan persé het

trainen in de sportschool zelf. Ik kan keihard trainen, maar het zit bij mij gewoon in mijn hoofd (respondent 15).

Overgewicht brengt dan ook niet alleen lichamelijke consequenties met zich mee. Vaak is er ook een psychische last aan verbonden (Klaczynski et al., 2004). Zeven van de achttien respondenten geven aan dat er vanuit de maatschappij vooral oog is voor het fysieke gedeelte van overgewicht en dat er te weinig aandacht is voor het psychische aspect van het overgewicht. Daarbij zien zij hun overgewicht echt als een gevolg van een emotioneel probleem. Deze respondenten zouden dan ook graag hulp ontvangen die beter aansluit bij hun psychische gesteldheid en niet zozeer een praktische oplossing voor het probleem, aangezien het probleem zich vaak in hun hoofd afspeelt. Zo zegt respondent 17: "Ik denk dat het heel erg helpt als je als hulpverlener meekijkt naar het psychische gedeelte. Het hoeft niet heel erg diep te zijn. Je zou gewoon kunnen beginnen door te vragen 'Hoe voel je je als je eet?'" Deze respondenten geven aan in een neerwaartse spiraal te zitten qua zich slecht voelen over zichzelf door hun (aanhoudende) overgewicht: zij gaan hierdoor meer eten waardoor hun zelfbeeld daalt. Door een verlaging van het zelfbeeld lijkt het overgewicht van deze respondenten toe te nemen en door het toenemen van het overgewicht lijkt het zelfbeeld verder te verlagen. Daarbij benoemen de respondenten dat als het psychosociale probleem achter het overgewicht niet aangepakt wordt zij snel weer in hun oude patronen vervallen. "Je kreeg daar gewoon geen hulp op het mentale gedeelte. Ze zeggen gewoon dit is je plan ga maar kijken of het lukt. Voor mij is afvallen vooral een mentaal ding en niet een praktisch gebeuren" (respondent 17). Respondent 17 staat nu op de wachtlijst van een eetstoornis kliniek om behandeld te worden voor haar overgewicht. Helaas, zo geeft zij aan, zijn de wachtrijen voor eetstoornis klinieken erg lang. Opvallend is ook dat iets meer dan een derde van de respondenten aangeeft dat zij overgewicht kregen of dat hun overgewicht substantieel erger werd na een traumatische gebeurtenis in hun leven, zoals het overlijden van een familielid, pesten of ziekte in de familie. De stressvolle gebeurtenis verergerde het eetpatroon, het overgewicht en daarmee samenhangend het zelfbeeld van deze respondenten. Tevens geeft een deel van de respondenten aan dat het beleid van de Rijksoverheid meer zou moeten aansluiten bij de beleveniswereld van de adolescent, bijvoorbeeld door gebruik te maken van sociale media. "Sociale media wordt natuurlijk heel veel gebruikt dus het zou een goed medium zijn om toch bewustwording onder jongeren te krijgen" (respondent 16).

Uit de interviews komt naar voren dat de meeste respondenten zich bewust zijn van enkele maatregelen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan, maar weten niet dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid. Tevens geeft bijna twee derde van de respondenten aan dat er (meer) voedingsvoorlichtingen moeten komen over 'gezond' eten. Gebrek aan kennis, als je bijvoorbeeld denkt gezond te eten terwijl dit niet het geval is, kan overgewicht in standhouden of zelfs verergeren. Ongeveer een derde van de respondenten geven aan in een neerwaartse spiraal zitten van zich slecht voelen over zichzelf door hun (aanhoudende) overgewicht, zodoende gaan zij meer eten waardoor het zelfbeeld verder daalt. Zij wensen dan ook hulp te ontvangen die beter aansluit bij hun psychische gesteldheid en niet zozeer een praktische oplossing voor het overgewicht.

5 Conclusie

Dit betreft een kwalitatief onderzoek naar het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht en de rol van preventief overheidsbeleid op het zelfbeeld van deze adolescenten. Allereerst heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. Vervolgens hebben achttien adolescenten met overgewicht, middels semigestructureerde interviews, aan het empirisch onderzoek deelgenomen. Hieronder zal een verbinding worden gemaakt tussen de belangrijkste bevindingen uit de literatuur en het empirisch onderzoek om zo tot een beantwoording van de hoofdvragen te komen.

Hoofdvraag 1 Wat is het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

Uit dit onderzoek kan geen generaliseerbare conclusie worden getrokken. Het zelfbeeld en de rol van de facetten waarmee het zelfbeeld samenhangt is per respondent verschillend. Wel komen er een aantal facetten naar voren die een rol lijken te spelen in het zelfbeeld van (een deel van) de respondenten.

Zo komt uit de literatuur naar voren dat adolescenten, die nog bezig zijn met het vormen van een eigen identiteit, gebukt gaan onder een 'obesogene' samenleving waarbij (te veel) de nadruk wordt gelegd op het tegengaan van 'te dik' en 'on gezond' zijn (Pieterman, 2018a). Uit het empirisch onderzoek blijkt dat alle respondenten zich bewust zijn van hun overgewicht en in meer of mindere mate gemotiveerd zijn om af te vallen. Omwille van het verbeteren van het uiterlijk en/of de gezondheid. De respondenten lijken daarmee te 'willen' voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal' (Pieterman, 2018a). Toch komt uit de empirie naar voren dat de helft van de respondenten geen of weinig druk ervaart vanuit de maatschappij om te voldoen aan het heersende 'slankheids-' of 'gezondheidsideaal'. Deze respondenten geven aan dat de druk vanuit henzelf komt. Het zelfbeeld echter wordt beïnvloed door de sociale omgeving, bijvoorbeeld door andere mensen, cultuur en media (Vonk, 2013). Wie je bent en wat je denkt wordt voor een groot deel maatschappelijk bepaald. Het kan zodoende tot gevolg hebben dat de respondenten de heersende sociale norm tot eigen norm hebben verheven en daardoor niet inzien dat deze druk oorspronkelijk van 'buitenaf' komt. Daarbij komt naar voren dat de respondenten wel druk ervaren vanuit sociale media om te voldoen aan een bepaald 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal'. Uit de literatuur komt naar voren dat sociale media het zelfbeeld van adolescenten nadelig kan beïnvloeden (de Vries, 2014). Sociale media draagt voor iets meer dan een derde van de respondenten bij aan een gevoel van hopeloosheid en/of neerslachtigheid aangezien zij het gevoel hebben niet te (kunnen) voldoen aan het heersende 'slankheids-' en/of 'gezondheidsideaal'. Zij geven daarbij aan dat sociale media hun zelfbeeld inderdaad negatief beïnvloedt.

Verder komt uit de literatuur naar voren dat de mate van zelfwaardering samenhangt met de verwachting dat de respondent zijn taken tot een 'goed' einde kan brengen (van Beemen, 2010). Dit correspondeert met de empirie waaruit blijkt dat twee derde van de respondenten redelijk tot veel vertrouwen heeft in zijn eigen kunnen, ook ten aanzien van hun overgewicht. Waardoor hun zelfbeeld gelijk blijft of stijgt. Een derde van de respondenten ziet het zelfbeeld dalen door het (aanhoudende) overgewicht. Echter zowel uit de empirie als de literatuur komt naar voren dat een positief of negatief zelfbeeld niet altijd afhangt van een positief of negatief vertrouwen in het zelf (Blascovich & Tomaka, 1991). Zo geeft ongeveer een derde van de respondenten aan gepest te zijn

op jonge leeftijd, om hun overgewicht. Ondanks dat het pesten een negatieve rol speelde op hun zelfbeeld geven zij ook aan dat het zelfvertrouwen uiteindelijk sterker is geworden door het pesten.

Verder lijkt er een discrepantie tussen wat uit de literatuur en uit de empirie naar voren komt. Zo onderschrijven Crocker en Wolfe (2001) dat de teleurstelling wanneer je faalt of afgewezen wordt normaal is, maar dat dit bij de overtuiging dat je een waardevol persoon bent niet direct een negatieve rol speelt in de zelfwaardering van de eigen persoon. Deze theorie gaat maar voor de helft van de respondenten op. Zo geeft de helft van de respondenten aan de eigen persoonlijkheid positief te waarderen. Zij zien hun zelfwaardering niet verminderen door het overgewicht. Het basisvertrouwen dat zij een leuk en waardevol persoon zijn lijkt een grotere rol te spelen op een positieve waardering van henzelf, dan de onzekerheid over hun overgewicht. Echter, de andere helft van de respondenten spreken ook waardering uit voor de eigen persoonlijkheid, maar geven aan dat hun zelfwaardering wel verminderd door het aanhoudende overgewicht. Voor de helft van de respondenten geldt zodoende dat de zelfwaardering afneemt terwijl zij blij en/of trots zijn met de eigen persoonlijkheid en falen (het aanhoudende overgewicht) toeschrijven aan beheersbare factoren. De overtuiging dat iemand zichzelf als een waardevol persoon beschouwt lijkt zodoende geen garantie te vormen dat het falen (het aanhoudende overgewicht) geen rol speelt op een negatieve waardering van de eigen persoon.

Uit het onderzoek komt tevens naar voren dat er een dunne scheidingslijn is tussen steun (vanuit de sociale omgeving) die als positief wordt opgevat en zodoende het zelfbeeld van de respondent positief bekrachtigt of steun (vanuit de sociale omgeving) die negatief opgevat wordt en zodoende een negatieve rol speelt in het zelfbeeld van de respondent. Dit correspondeert met de bevindingen uit de literatuur, namelijk wanneer de sociale omgeving de respondenten afwijst, aan hen twijfelt of hen negeert, dan zal de respondent sneller twijfelen over zichzelf. Echter, de zelfwaardering neemt toe wanneer de respondent zich geaccepteerd en gerespecteerd voelt door de ander (Leary & Baumeister, 2000). Twee derde van de respondenten ziet het zelfbeeld positief bekrachtigd worden door 'steun' uit de sociale omgeving. Facetten waarmee de sociale omgeving bijdraagt aan het bekrachtigen van het zelfbeeld van de respondent zijn: erkenning, acceptatie, bemoediging en het geven van complimenten. Deze facetten komen grotendeels overeen met de genoemde facetten uit de literatuur, namelijk praktische steun, aandacht, emotionele steun en kennis (van der Gaag & Sniijders, 2005). Praktische steun wordt echter door de respondenten minder genoemd als een facet waarmee de sociale omgeving het zelfbeeld van de respondenten bekrachtigt dan emotionele steun. Er zijn echter ook facetten vanuit de sociale omgeving die het zelfbeeld van de respondent negatief beïnvloedt. Zo blijkt uit het empirisch onderzoek dat feedback, die wordt geïnterpreteerd als negatieve opmerkingen over het gewicht of uiterlijk, bij een derde van de respondenten resulteert in een verlaging van het zelfbeeld.

Hoofdvraag 2 Zijn adolescenten met overgewicht zich bewust van de maatregelen die voortvloeien uit het beleid van de Rijksoverheid en zo ja, hoe spelen deze maatregelen een rol in het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

Uit het empirisch onderzoek komt in eerste instantie naar voren dat het grootste deel van de respondenten zich niet of nauwelijks bewust zijn van de maatregelen die de Rijksoverheid neemt om het overgewicht onder adolescenten tegen te gaan. Wanneer echter een voorbeeld wordt gegeven van een maatregel, namelijk 'de gezonde schoolkantine' blijken bijna alle respondenten deze maatregel te kennen. De respondenten beschikken dus over kennis en zijn zich bewust van enkele overheidsmaatregelen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan, maar lijken niet uit zichzelf het verband te leggen dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid (zie hoofdstuk 6). Daarbij lijkt het preventieve Rijksbeleid indirect een rol te spelen in het zelfbeeld van (een deel van) de respondenten.

Ondanks dat alle respondenten zich bewust zijn van hun overgewicht, lijken de meeste respondenten zich beter te kunnen (willen) vinden in 'te zwaar' zijn dan het hebben van 'overgewicht'. Dit kan te maken hebben met het heersende 'slankheids-' of 'gezondheidsideaal' binnen de samenleving (Pieterman, 2018a). Uit de literatuur komt naar voren dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht de laatste decennia is toegenomen (Andreyeva et al., 2008). Als de respondenten doorhebben dat er negatief over hun sociale groep wordt gedacht, is dit negatief voor het zelfbeeld en leidt dit ertoe dat zij zich minder snel (willen) identificeren met deze groep (Tajfel & Turner, 1985). Uit de empirie blijkt dat twee derde van de respondenten zich in het heden of in het verleden wel eens beoordeelt of buitengesloten voelt door zijn of haar omgeving. Ongeveer de helft van de respondenten ziet of zag als gevolg daarvan het zelfbeeld dalen. De categorisatie tot de groep 'overgewicht' lijkt het zelfbeeld van de respondenten geen goed te doen. Het lijkt zodoende, dat wanneer de respondenten doorhebben dat er negatief over hun sociale groep gedacht wordt, dit een negatieve rol speelt in hun zelfbeeld en ertoe leidt dat zij zich minder snel (willen) identificeren met deze groep. Dit sluit aan bij de sociale identiteitstheorie (Tajfel & Turner, 1985).

Daarbij geeft bijna een derde van de respondenten aan, ondanks het bewustzijn van hun (over)gewicht, zich niet of niet helemaal in het beeld van 'overgewicht' te kunnen vinden. De meeste respondenten hebben het label overgewicht gekregen naar aanleiding van het meten van hun BMI. Echter, uit de literatuur blijkt de BMI geen betrouwbare meeteenheid om overgewicht onder adolescenten vast te stellen (Renders et al., 2004; Prentice & Jebb, 2001). Het label overgewicht, welke nagenoeg alle respondenten verkregen middels het meten van de BMI, correspondeert dan ook niet met het beeld dat ongeveer een derde van de respondenten heeft van zichzelf.

Verder komt uit de literatuur naar voren dat de definitie van gezondheid van Huber et al. (2011), welke veel navolging vindt in de wetenschap, 'gezondheid' reduceert tot het eigen vermogen zich aan te passen of de eigen regie te voeren. Bij overgewicht gaat het om een specifieke groep die op basis van een BMI-meting 'gezond' of 'ongezond' worden bevonden van der Stel (2004), terwijl er geen consensus bestaat over wat het begrip 'gezondheid' precies inhoudt. Het gevaar bestaat dat adolescenten met overgewicht als een soort boeman worden neergezet, omdat zij (als dikke mensen) een obesitas epidemie in stand houden. Terwijl het label 'overgewicht' niet per definitie samengaat met het label 'ongezond' (Bosch et al., 2011). Tevens blijkt uit de literatuur dat kinderen die aangeven zelf verantwoordelijk te zijn voor hun overgewicht een lagere zelfwaardering hebben

(Pierce & Wardle, 1997). Beelden die heersen in onze maatschappij en vanuit de Rijksoverheid zelf gepromoot worden, namelijk dat de burger zelf verantwoordelijk is voor het maken van een 'gezonde keuze' en het overgewicht zodoende aan zichzelf te danken heeft, kunnen terugslaan op het beeld dat de respondenten van zichzelf hebben (Pieterman, 2018a). Dit correspondeert met de empirie waaruit blijkt dat nagenoeg alle respondenten zichzelf (deels) verantwoordelijk houdt voor het eigen overgewicht. Daarbij ziet een derde van de respondenten hun zelfbeeld verlagen doordat zij zichzelf verantwoordelijk houden voor hun eigen overgewicht.

Uit de empirie komt verder naar voren dat iets meer dan een derde van de respondenten vindt dat er vanuit de maatschappij vooral aandacht is voor het fysieke aspect van hun overgewicht en minder of geen aandacht voor het psychische aspect dat overgewicht met zich meebrengt. Zij zien hun overgewicht als oorzaak en/of gevolg van een emotioneel probleem. Dit correspondeert met het in de literatuur beschreven begrip 'obesitas met aanpassingsproblemen' (van Trier & Hornsveld, 2002). De respondenten schamen zich voor het (aanhoudende) overgewicht en geven aan dat hun zelfbeeld verlaagd wordt door het overgewicht. Zowel uit de literatuur als uit de empirie komt naar voren dat eten hierbij fungeert als een 'coping mechanisme', een soort troost om de negatieve gevoelens te onderdrukken (van Trier & Hornsveld, 2002). De respondenten zitten daarbij in een neerwaartse spiraal van zich slecht voelen, meer eten, zich slechter voelen enzovoort. Het lijkt alsof door een verlaging van het zelfbeeld het overgewicht van deze respondenten toeneemt en door het toenemen van het overgewicht lijkt het zelfbeeld (verder) te verlagen. Zowel in de literatuur als uit de empirie komt het belang naar voren dat de respondenten hulp ontvangen die beter aansluit bij hun psychische gesteldheid en niet zozeer een praktische oplossing van het probleem zoals nu vaak verzorgd wordt (zie hoofdstuk 6). De psychosociale factoren van overgewicht zouden daarbij niet alleen herkend moeten worden als een gevolg van overgewicht, maar ook als mogelijke oorzaak (Verschueren, 2004).

6 Discussie

In dit laatste hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar het onderzoeksproces en de resultaten die voort zijn gekomen uit het onderzoeksproces. Hierbij wordt ingegaan op de manier waarop het onderzoeksproces is verlopen en wat voor effect dit heeft gehad op de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten. Tevens wordt gereflecteerd op de rol als onderzoeker en met twee aanbevelingen wordt het onderzoeksrapport afgesloten.

6.1 Onderzoeksproces

Om de hoofdvragen te beantwoorden is gekozen voor kwalitatief onderzoek, middels een literatuurstudie en semigestructureerde interviews. Dit bleek een juiste methode voor het onderzoek te zijn. De respondenten hebben allemaal antwoord gegeven op belangrijke codes die nodig waren om het zelfbeeld in beeld te brengen, maar hebben ook de kans gehad om af te wijken van de vragen en andere zaken aan te halen die volgens hen van invloed zijn op hun zelfbeeld. Zo is een zo algemeen mogelijk beeld geschetst van het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht. Er zijn echter ook een aantal kanttekeningen bij het onderzoeksproces te plaatsen.

Uit hoofdstuk 3 komt naar voren dat het 'zelfbeeld' een breed, moeilijk definieerbaar en aan verandering onderhevig concept betreft. Naar aanleiding van de literatuurstudie is besloten om het zelfbeeld te onderzoeken aan de hand van de concepten 'zelfbewustzijn' en 'zelfwaardering'. Dit zijn tevens twee breed definieerbare en moeilijk weer te geven concepten. Vandaar dat opgemerkt moet worden dat het concept zelfbeeld misschien te breed ingestoken is voor een relatief kleinschalig onderzoek. Door het hele concept zelfbeeld te onderzoeken en bijvoorbeeld niet een deel of delen van dit concept zijn de antwoorden op de hoofdvragen vrij abstract. Als de studie opnieuw uitgevoerd wordt, is het aan te raden om één of enkele aspect(en) van het zelfbeeld te onderzoeken. Door het onderzoeksonderwerp beter af te bakenen kan er dieper op de inhoudt ingegaan worden en wordt de validiteit beter gewaarborgd.

Verder bleken een aantal vragen te abstract voor de respondenten. Deze spraken niet tot de verbeelding, waardoor de vragen niet of niet helemaal duidelijk bleken. Bijvoorbeeld op de vragen 'over druk vanuit de maatschappij' wordt door de respondenten voornamelijk ontkennend gereageerd. Voor een aantal respondenten is het niet duidelijk geweest wat er beoogd werd met 'druk vanuit de maatschappij'. Ook vragen over overheidsbeleid, bleken moeilijk te begrijpen voor de respondenten. Voor een meerderheid van de respondenten bleek niet duidelijk welke maatregelen onder overheidsbeleid vallen. Daarnaast hadden de respondenten moeite met de vraagstelling. Zij gaven meermaals aan de vraag niet te begrijpen. Pas wanneer de onderzoeker 'de gezonde schoolkantine' als voorbeeld stelde wisten de respondenten te antwoorden. Toegegeven is het verstandig om in de vraagstelling (beter) aansluiting te vinden bij het taalgebruik en de beleveniswereld van de respondenten, zodat er geen of minder onduidelijkheid ontstaat bij de respondent over wat er met de vraag beoogd wordt. Op deze manier wordt ambiguïteit in de antwoorden zo goed als mogelijk voorkomen, waardoor de validiteit van het onderzoek beter gewaarborgd wordt.

Voorafgaand aan de interviews is nagedacht om het niveau van de vragen af te stemmen op de leeftijd van de respondenten. Voor de lezer is het goed om te weten dat de leeftijd van de respondenten tijdens het empirisch onderzoek is bijgesteld van 19 naar 24 jaar, omreden de nieuwe inzichten uit de literatuur en de noodzakelijkheid om voldoende respondenten te vinden. De onderzoeker heeft zodoende invloed gehad op de selectie van respondenten en kan daarmee de inhoud van de resultaten beïnvloed hebben.

Doordat het moeilijk is gebleken respondenten te vinden, is er nauwelijks rekening gehouden met een evenredige weergave van de onderzoeksgroep. De verhoging van de leeftijd van de respondenten heeft ertoe geleid dat er uiteindelijk twaalf 'oudere' respondenten (18 tot 21 jaar) en zes 'jongere' respondenten (14 tot 18 jaar) geïnterviewd zijn. De oudere respondenten hebben over het algemeen meer meegemaakt, begrijpen de vragen beter en gaan inhoudelijk 'dieper' op de antwoorden in. Ook het opleidingsniveau van de respondenten bleek van invloed op de antwoorden. Uiteindelijk zijn er elf 'laagopgeleide' (vmbo of mbo) en zeven 'hoogopgeleide' (havo, vwo en hbo) respondenten geïnterviewd. 'Laagopgeleide' respondenten leken meer moeite te hebben om de vragen te begrijpen en zodoende te beantwoorden. Uit het empirisch onderzoek lijkt zowel de leeftijd als het opleidingsniveau van de respondenten van invloed op de 'manier' van antwoorden en daarmee de resultaten van het onderzoek. Bijgevolg biedt het onderzoek een minder adequate representatie van de onderzoekspopulatie 'adolescenten met overgewicht'. Om de validiteit te waarborgen zou in het vervolg een zo juist mogelijke weerspiegeling van de te onderzoeken groep 'adolescenten met overgewicht' benaderd moeten worden. Hierbij valt te denken aan een evenredige samenstelling in: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, nationaliteit, etniciteit en woonplaats.

Ook is het opgefallen dat de respondenten met overgewicht het over het algemeen niet erg vonden om deel te nemen aan het onderzoek, zij zien allemaal in dat ze overgewicht hebben. Vooral de sociale omgeving van de adolescent bleek terughoudend. Zo bleken veel organisaties niet bereid (of met zeer veel moeite) om adolescenten te vragen deel te nemen aan het onderzoek, om reden de adolescenten niet te willen 'beledigen'. De sociale omgeving gaf tevens aan niet goed te weten hoe zij deze adolescenten moesten benaderen voor deelname aan het onderzoek zonder de adolescent te 'beledigen'. Het lijkt zodoende alsof er het vooroordeel bestaat dat adolescenten beledigd zijn als men over hun overgewicht begint. Uit de gesprekken met de respondenten blijkt het tegenovergestelde, zij waarderen het wanneer de omgeving 'eerlijk' is over hun overgewicht en hen niet 'anders' behandeld dan andere adolescenten. Als de sociale omgeving zich al schaamt om over het overgewicht van de adolescent te beginnen, creëert dit dan niet de boodschap dat de adolescenten zich (ook) moeten schamen voor hun overgewicht? Dit terwijl adolescenten al een van de meest gestigmatiseerde groepen uit onze samenleving blijken te zijn (Crocker et al., 1993; Renders et al., 2004). En stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht blijft toenemen (Andreyeva., 2008).

6.2 Rol van de onderzoeker

In de methodologie staat beschreven dat de interviews één op één hebben plaatsgevonden om de zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Echter het grootste gedeelte van de

respondenten is telefonisch geïnterviewd. Hierbij is niet met zekerheid vast te stellen dat er geen toehoorder aan de andere kant meegeluisterd heeft en de respondent daarbij beïnvloed heeft in zijn of haar antwoorden.

Verder is beoogd om de kans op 'reactiviteit' te verminderen door de interviews telefonisch plaats te laten vinden. Reactiviteit is de neiging van respondenten om het gedrag te veranderen als zij worden gadeslagen door een onderzoeker (Boeije, 2012). Respondenten kunnen echter niet alleen het gedrag, maar ook de antwoorden aanpassen, bijvoorbeeld omdat zij zich schamen of omdat ze beter voor de dag willen komen. Desalniettemin is hier geen aandacht aan geschonken tijdens het verwerken van de empirische data aangezien dit te veel zou afhangen van de eigen interpretatie van de onderzoeker, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek doet verminderen.

Om willekeur te voorkomen en zodoende de objectiviteit te vergroten is er tevens voor gekozen dat alle respondenten geen directe bekenden (familie en vrienden) van de onderzoeker zijn. Als de onderzoeker de respondent kent kan hij of zij het gevoel hebben de respondent beter te begrijpen en denken te weten hoe de respondent iets bedoeld heeft. Daarnaast kan de respondent bij een bekende zijn of haar antwoorden aanpassen op wat hij of zij denkt dat de onderzoeker wil horen. De respondenten zijn mogelijk toch beïnvloed met de aard van de vragen en de aanwezigheid van de onderzoeker.

De onderzoeker heeft getracht de objectiviteit zo goed als mogelijk te bewaren door zich te houden aan de vooraf opgestelde topiclijst (zie bijlage 3). Er is getracht de respondenten zoveel mogelijk vanuit het eigen referentiekader te laten antwoorden. Daarom is zo min mogelijk voorbeelden of uitleg geven bij de vragen, aangezien de visie en het perspectief van de onderzoeker op de vraag het antwoord van de respondent kan beïnvloeden.

6.3 Aanbevelingen

Aangezien het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht en met eventuele vervolgonderzoeken beter aansluitende fysieke en psychosociale zorg voor adolescenten met overgewicht te realiseren worden naar aanleiding van dit onderzoeksrapport twee aanbevelingen gedaan.

Aanbeveling 1 (Beter) rekening houden met het psychische aspect van overgewicht

Zowel uit de literatuurstudie als uit de empirie komt naar voren dat overgewicht niet enkel gediagnosticeerd en behandeld moet worden als een medische aandoening. Zo geeft een deel van de respondenten aan dat er te veel de nadruk ligt op het fysieke aspect overgewicht en niet of minder op het psychosociale aspect van overgewicht. Om het overgewicht tegen te gaan en het zelfbeeld van de adolescent te beschermen is het zodoende van belang dat er bij het maken en uitvoeren van beleid (beter) rekening wordt gehouden met psychische gevolgen die het hebben van overgewicht met zich mee kan brengen. Psychische problematiek kan overgewicht in standhouden of verergeren en speelt daarmee een negatieve rol op het zelfbeeld van de respondenten. Een vervolgstudie naar de psychische effecten van overgewicht onder adolescenten en de visie op behandeling van deze

adolescenten, zou hier meer inzicht in kunnen bieden. Ook is het aan te raden om een vervolgonderzoek te laten plaatsvinden door een vertrouwenspersoon of iemand die oog heeft voor het psychologische aspect waarmee deze respondenten worstelen. Aangezien het indringende vragen betreft en het erg moeilijk bleek te zijn om respondenten te vinden bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Is het verstandig om de onderzoeksvragen vanuit een psychologische of pedagogische insteek te benaderen, bij voorkeur door een professional die een goed inlevingsvermogen bezit.

Aanbeveling 2 Aansluiting zoeken bij de beleveniswereld van de adolescent

Beleidsmakers en hulpverleners zouden betere aansluiting kunnen zoeken bij de beleveniswereld van adolescenten met overgewicht. Uit de empirie komt naar voren dat de meeste respondenten beschikken over kennis en zich bewust zijn van enkele overheidsmaatregelen om overgewicht onder adolescenten tegen te gaan. Toch leggen zij niet uit zichzelf het verband dat deze initiatieven of maatregelen het gevolg zijn van overheidsbeleid. Dit kan te maken hebben met de inzichtelijkheid van deze beleidsmaatregelen voor adolescenten. Het beleid gericht op het tegengaan van overgewicht onder adolescenten zou dan ook beter kunnen aansluiten bij de beleveniswereld van deze adolescenten. Hierbij kan gedacht worden aan sociale media als: Instagram, Twitter, Facebook, reclame spotjes op televisie of Youtube. Deze sociale media worden alsmaar populairder (Smith & Duggan, 2013). Het gebruik van sociale media zou daarom een goed middel zijn voor beleidsmakers en hulpverleners om meer adolescenten te bereiken en om de kloof te dichten tussen 'saai niet inzichtelijk en/of duidelijk beleid' en 'interessante en leuke beleidsmaatregelen'. Hierbij is het tevens van belang om de communicatiestijl aan te passen op de beleveniswereld van adolescent. Aangezien de meeste respondenten niet precies weten wat beleidsmaatregelen inhoudt.

Literatuurlijst

Andreyeva, T., Puhl, R., & Brownell, K. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129-1134.

Arnoldus, R., van Staa, A., & Walraven, G. (2017). Hoe bruikbaar zijn de begrippen vitaliteit, veerkracht en positieve gezondheid voor interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn?. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95(4), 160-163.

Aubrey, J. (2006). Effects of sexually objectifying media on self-objectification and body surveillance in undergraduates: Results of a 2-year panel study. *Journal of Communication*, 56(2), 366-386.

Barer, M. (2017). *Why are Some People Healthy and Others Not?*. New York: Routledge.

Baumeister, R., & Finkel, E. (2010). *Advanced social psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Baumeister, R., & Leary, M. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497-529.

Baumeister, R., & Showers, C. (1986). A review of paradoxical performance effects: Choking under pressure in sports and mental tests. *European Journal of Social Psychology*, 16(4), 361-383.

Baumeister, R., & Tierney, J. (2011). *Willpower: rediscovering the greatest human strength*. New York, USA: The Penguin Press.

Bell, S., & Morgan, S. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference?. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 137-145.

Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335-341.

Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of Self-Esteem. In J. Robinson, P. Shaver, & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). San Diego, UC: Academic Press.

Blaxter, M. (2004). Life narratives, health and identity. In D. Kelleher & G. Leavey (Eds.), *Identity and health* (pp. 182-211). London, Engeland: Routledge.

Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam, Nederland: Boom Onderwijs.

Bosch, J., Daansen, P., & Braet, C. (2004). *Behandeling van obesitas: Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Bosch, J., Daansen, P., & Braet, C. (2011). *Cognitieve gedragstherapie bij obesitas*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Braet, C., Moens, E., & Verbeken, S. (2010). Adolescenten met obesitas. In M. Clerkx, R. Groot & F. Prins (Eds.), *Grensoverschrijdend gedrag van pubers* (pp. 147-168). Antwerpen, België: Maklu.

Braet, C., & van Winckel, M. (Eds.). (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Brown, J. (1998). *The self*. New York: Psychology Press.

Carver, C., & Scheier, M. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. Berlijn, Duitsland: Springer Science & Business Media.

Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). (2019, april 10). *Kwart 18 tot 25 jarigen te zwaar*. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/15/kwart-18-tot-25-jarigen-te-zwaar> (21 april 2019)

Chinn, S., & Rona, R. (2002). International definitions of overweight and obesity for children: a lasting solution?. *Annals of Human Biology*, 29(3), 306-313.

Choo, V. (2002). WHO reassesses appropriate body-mass index for Asian populations. *The Lancet*, 360(9328), 235.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1-6.

Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.

Crocker, J., & Luhtanen, R. (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: Unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(6), 701-712.

Crocker, J., & Wolfe, C. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological review*, 108(3), 593-623.

Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 60-70.

Dagevos, H. (2011). Pleidooi voor het wege van ethische argumenten bij overgewicht. *Nieuwsbrief Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek*, 18(5), 39-40.

Davis-Kean, P., & Sandler, H. (2001). A meta-analysis of measures of self-esteem for young children: A framework for future measures. *Child Development*, 72(3), 887-906.

Deci, E., & Ryan, R. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. Kernis (Eds.), *Efficacy, agency and self-esteem* (pp. 31-49). New York, US: Plenum Press.

Deci, E., & Ryan, R. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

DeJong, W. (1980). The stigma of obesity: The consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(1), 75-87.

De Vries, D. A. (2014). *Social media and online self-presentation: Effects on how we see ourselves and our bodies* (Dissertatie). Geraadpleegd op https://pure.uva.nl/ws/files/2056850/142212_thesis.pdf

- De Wilde, J., Middelkoop, B., Buuren, S., & Verkerk, P. (2003). Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. *Epidemiologisch bulletin*, 38(4), 12-23.
- Di Angelantonio, E., Bhupathiraju, S., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., de Gonzalez, A., & Lewington, S. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388(10046), 776-786.
- Ensie. (2016, juli 7). *Betekenis & definitie. Adolescent*. Geraadpleegd op <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/adolescent> (20 april 2019)
- Ensie. (2016, maart 3). *Betekenis & definitie. Stigmatisering*. Geraadpleegd op <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/stigmatisering> (21 april 2019)
- Erikson, E. (1964). *Het kind en de samenleving*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij het Spectrum.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Flegal, K., Tabak, C., & Ogden, C. (2006). Overweight in children: definitions and interpretation. *Health education research*, 21(6), 755-760.
- Grabe, S., Ward, L., & Hyde, J. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460-476.
- Groesz, L., Levine, M., & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1-16.
- Hamilton, D., Dee, A., & Perry, I. (2018). The lifetime costs of overweight and obesity in childhood and adolescence: a systematic review. *Obesity reviews*, 19(4), 452-463.
- Harter, S. (1990a). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In R. Sternberg & J. Kolligian (Eds.), *Competence considered* (pp. 67-97). New Haven: Yale University Press.
- Harter, S. (1990b). Self and identity development. In S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Himmelstein, M., Puhl, R., & Quinn, D. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, 37(2), 139-147.
- Hoeymans, N., Melse, J., & Schoemaker, C. (2010). *Gezondheid en determinanten: Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., ... Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Huber, M., van Vliet, M., & Boers, I. (2016a). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P., & Knottnerus, J. (2016b). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal*, 6(1), e010091.

Kelman, H., & Willner, A. (1962). Problems in measurement and evaluation of rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 43, 172-181.

Kernis, M. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.

Klaczynski, P. (2000). Motivated scientific reasoning biases, epistemological beliefs, and theory polarization: A two-process approach to adolescent cognition. *Child Development*, 71(5), 1347-1366.

Klaczynski, P., Goold, K., & Mudry, J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the "thin ideal": A social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307-317.

Kraaykamp, G., André, S., & Meuleman, R. (2018). *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidingslijn*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

LaBrie, J., Pedersen, E., Neighbors, C., & Hummer, J. (2008). The role of self-consciousness in the experience of alcohol-related consequences among college students. *Addictive behaviors*, 33(6), 812-820.

Leary, M. (2006). Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*, 16, 75-111.

Leary, M., & Baumeister, R. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-62). San Diego, CA: Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)

Lewis, A. (1953). Health as a social concept. *The British Journal of Sociology*, 4(2), 109-124.

Ling, J., Stommel, M., & Choi, S. (2018). Attempts to Lose Weight Among US Children: Importance of Weight Perceptions from Self, Parents, and Health Professionals. *Obesity*, 26(3), 597-605.

Littleton, H., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented?. *Clinical child and family psychology review*, 6(1), 51-66.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*, 65(2), 339-349.

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2018). *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland*. Den Haag: VWS.

Moens, E., & Braet, C. (2001). Een multidisciplinair behandelingsconcept. In C. Braet & M. Van Winckel (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht* (pp. 111-130). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Molden, D., & Higgins, E. (2005). Motivated thinking. In K. Holyoak & B. Morrison (Eds.), *Handbook of thinking and reasoning* (pp. 295-320). New York: Cambridge University Press.

Morrison, V., & Bennett, P. (2013). *Gezondheidspsychologie* (2nd ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

Muller, D., & Fayant, M. (2010). On being exposed to superior others: Consequences of self-threatening upward social comparisons. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(8), 621-634.

Nederlandse Stichting Overgewicht. (z.d.). *Wat is obesitas?* Geraadpleegd op <https://overgewichtnederland.org/over-gewicht/wat-is-obesitas/> (24 april 2019)

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766-781.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504-511.

Patrick, D., Bush, J., & Chen, M. (1973). Toward an operational definition of health. *Journal of health and social behavior*, 14(1), 6-23.

Pierce, J., & Wardle, J. (1997). Cause and effect beliefs and self-esteem of overweight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), 645-650.

Pieterman, R. (2018a). *Gewicht zit niet tussen je oren: Beleid en wetenschap in perspectief*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Pieterman, R. (2018b). Verantwoordelijkheid en voorzorg bij 'de overgewichtepidemie'. Onzekerheid en transparantie bij preventief leefstijlbeleid. *Bestuurskunde*, 27(1), 32-44.

Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.

Prentice, A., & Jebb, S. (2001). Beyond body mass index. *Obesity reviews*, 2(3), 141-147.

Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity Journal*, 17(5), 941-964.

Renders, C., Seidell, J., van Mechelen, W., & Hirasing, R. (2004). Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten en preventieve maatregelen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(42), 2066-2070.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (z.d.). *Een integrale aanpak van overgewicht*. Geraadpleegd op <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/overgewicht/een-integrale-aanpak> (20 april 2019)

Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A Therapist's View of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Rudolph, K., Caldwell, M., & Conley, C. (2005). Need for Approval and Children's Well-Being. *Child Development*, 76(2), 309-323.

- Sawyer, S., Azzopardi, P., Wickremarathne, D., & Patton, G. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
- Smith, A., & Duggan, M. (2013). *Online dating & relationship*. Washington, DC: Pew Research Center.
- Smith, E., & Mackie, D. (2014). *Social Psychology* (Her. ed.). London, Engeland: Taylor & Francis.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stoddart, G., & Evans, R. (2017). Producing health, consuming health care. In R. Evans, M. Barer & T. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health Populations* (pp. 27-67). New York: Routledge.
- Strauss, R., & Pollack, H. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(8), 746-752.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1985) The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago, VS: Nelson-Hall.
- Ten Have, M., van der Heide, A., Mackenbach, J., & de Beaufort, I. (2012). An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 299-305.
- Van Beemen, L. (2010). *Ontwikkelingspsychologie* (4nd ed.). Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Van Buuren, S. (2004). Afkapwaarden van de body-mass index' (BMI) voor ondergewicht van Nederlandse kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(40), 1967-1971.
- Van den Hurk, K., van Dommelen, P., de Wilde, J., Verkerk, P., van Buuren, S., & HiraSing, R. (2006). *Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004*. Leiden: TNO.
- Van der Gaag, M., & Snijders, T. (2005). The Resource Generator: social capital quantification with concrete items. *Social Networks*, 27(1), 1-29.
- Van der Meulen, M. (1993). Zelfbeeld en psychisch functioneren. *Kind en adolescent*, 14(3), 115-126.
- Van der Stel, J. (2004). *Handboek Preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Van Gorcum.
- Van der Stel, J. (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe: Biopsychosociaal aspect ontbreekt in omschrijving Machteld Huber. *Medisch contact*, 71(23), 18-19.
- Van der Woud, A. (2010). *Koninkrijk vol Sloppen: Achterbuurten en Vuil in de Negentiende Eeuw*. Amsterdam, Nederland: Bert Bakker.
- Van Staa, A., Cardol, M., & van Dam, A. (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd: Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico. *Positieve Psychologie*(4), 33-39.

Van Trier, J., & Hornsveld, H. (2002). *Diagnostiek van eetstoornissen. Lezing Ronde Tafel-conferentie voor obesitas*. Utrecht, Nederland: Mesos.

Verschuieren, K. (2004). Het zelfconcept van jonge kinderen. In L. Goossens, D. Hutsebaut & K. Verschuieren (Eds.), *Ontwikkeling en levensloop. Liber amicorum Alfons Marcoen* (pp. 95-113). Leuven: University Press.

Verschuieren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child development*, 67(5), 2493-2511.

Volksgezondheidszorg. (z.d.). *Preventie in Volksgezondheidszorg. Wat is Preventie?* Geraadpleegd op <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#!node-wat-verstaan-we-onder-preventie> (20 april 2019)

Vonk, R. (2013). *Sociale psychologie* (Herz. ed.). Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Vonk, R., & Smit, H. (2011). Optimal self-esteem is contingent: Intrinsic versus extrinsic and upward versus downward contingencies. *European Journal of Personality*, 26(3), 182-193.

Woertman, L. (2003). *Moeders mooiste: De schone schijn van het uiterlijk*. Amsterdam, Nederland: Pearson Clinical Benelux.

Bijlage 1 Topiclijst voor respondenten

Introductie

Mijn naam is Marie-Jose van Gorp. Ik ben master student Communicatie Beleid en Management aan de universiteit Utrecht. In Nederland wil ik het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht onderzoeken en in beeld brengen. Er bestaat al heel veel kennis over overgewicht. Toch wil ik graag jongeren zélf interviewen om meer te weten te komen hoe zij denken en kijken naar hun eigen overgewicht. Uiteindelijk hoop ik met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan het verbeteren van de hulpverlening naar jongeren met overgewicht toe. Daarvoor ga ik 20 jongeren interviewen. De interviews zullen ongeveer een half uur duren. Een fout antwoord bestaat niet. Wanneer je wil stoppen of een vraag niet wil beantwoorden kun je dit direct aangeven, dan gaan we verder.

vragen voor respondenten

Zijn adolescenten met overgewicht zich bewust van de maatregelen die voortvloeien uit het beleid van de Rijksoverheid en zo ja, hoe spelen deze maatregelen een rol in het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

1. Voel jij je gezond of ongezond? Waarom?
2. Wat is volgens jou gezond zijn? Kun je dit omschrijven?
3. Ben je je bewust van de gezondheidsrisico's die te maken hebben met het hebben van overgewicht? Wat doet dit met jou? Nee, hoe komt dat dan?
4. Voel je een druk vanuit de maatschappelijke om 'gezond' te zijn? Zo ja, ervaar jij hierdoor spanning of stress? Zo nee, waarom niet?
5. Houd gezond zijn je bezig? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?
6. Wat doe jij om gezond te zijn? Waarom doe je dat (niet)?
7. Hoe weet jij dat je overgewicht hebt? Hoe (en door wie) is dit vastgesteld?
8. Past de test en de uitkomst van hoe jouw overgewicht is vastgesteld bij hoe je je voelt? Waarom wel of niet? Wat zou beter kunnen?
9. Heb je wel eens hulp gezocht/gekregen vanwege je gewicht?
10. Word jij gestimuleerd om iets te doen aan je gewicht? Zo ja, door wie en waarom? Zo nee, waarom niet?
11. Wat vind je van de hulpverlening die je gekregen hebt? Wat ging er goed? Wat kan er verbeterd worden? Zou je hulp willen hebben gehad?
12. Ben je je bewust van de maatregelen die de overheid en gemeentes nemen om overgewicht tegen te gaan? Weet je waarom deze worden gemaakt/genomen?
13. Wat vind je van al deze maatregelen die de overheid neemt om overgewicht tegen te gaan?
14. Hebben de maatregelen effect op jou? Waarom wel/niet?
15. Ben je zelf gemotiveerd om mee te doen aan alle maatregelen die genomen worden vanuit de gemeente om overgewicht tegen te gaan of moet dit van jouw omgeving?
16. Wordt er wel eens gevraagd naar jouw mening omtrent jouw overgewicht? (ouders of hulpverleners) Zo ja, heb je het gevoel dat jouw mening serieus wordt genomen? Zo nee, zou je

inspraak willen hebben in de maatregelen die genomen worden tegen overgewicht of dingen die georganiseerd worden om overgewicht tegen te gaan?

17. Als jij invloed zou hebben wat zou je dan doen in de strijd tegen jouw overgewicht?

Wat is het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht?

18. Ben blij/trots met jezelf als persoon? Zo ja, waar ben je blij mee? Zo nee, waarom niet?
19. Vind jij jezelf succesvol? Waarom wel/waarom niet? Wanneer is iemand succesvol volgens jou? Denk je dat anderen jou als succesvol zien? Waarom wel/niet?
20. Ben je blij met je uiterlijk? Zo ja, waar ben je blij mee en waarom? Zo nee, waarom niet?
21. Vind jij dat je te zwaar bent? Waarom vind je dit? Hoe lang is dit al het geval? Zo nee, waarom niet?
22. Ben jij gemotiveerd om af te vallen? Waarom wel of niet?
23. Vinden anderen dat jij moet afvallen? Wie? Hoe weet je dit?
24. Voel je je wel eens beoordeelt of buitengesloten? Zo ja, kun je hier een voorbeeld van geven? Zo nee, waarom niet? Hoe voel je je daarbij als dit gebeurt? Heb je hier last van? Op welke manier?
25. Heb je het gevoel dat je volledig mee kan komen met leeftijdsgenootjes? Zo ja, hoe komt dat? Zo nee, waarom niet?
26. Voel je een maatschappelijke druk om iets aan je uiterlijk te veranderen?
27. Hoe regeert jouw omgeving (familie en vrienden) op jouw overgewicht? (dubbel)
28. Hoe komt het dat je overgewicht hebt? Kun je enkele oorzaken noemen?
29. Word jij wel een gepest met jouw overgewicht? Krijg je vervelende reacties? Wat doet dit met jou?
30. Heb jij vertrouwen in jezelf? Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, waarom niet?
31. Wat of wie zorgt ervoor dat jij veel of weinig zelfvertrouwen hebt?
32. Wat of wie zorgt ervoor dat je zelfvertrouwen positief gestimuleerd wordt? Wat zorgt ervoor dat je zelfvertrouwen verminderd?
33. Heb jij wel eens angstige of neerslachtige gedachtes/gevoelens? Zo ja, waar denk je dan aan/wat voel je? Zo nee, waarom niet?
34. Wat doe je zelf om meer zelfvertrouwen te krijgen?
35. Wat zouden jouw familie en vrienden kunnen doen om jouw zelfvertrouwen te verbeteren? Wat moeten ze absoluut niet doen?
36. Wat zouden organisaties als school, hulpverleners, artsen en sportscholen kunnen doen om jouw zelfvertrouwen te verbeteren? Wat moeten ze absoluut niet doen?

Afsluiting

Zijn er nog onderwerpen die niet aanbod zijn gekomen die je wel graag zou willen bespreken?

Bedankt voor het interview.

Bijlage 2 Informatieblad voor de respondenten



Kwalitatief onderzoek naar het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht.

Introductie

Mijn naam is Marie-Jose van Gorp. Ik ben master student Communicatie Beleid en Management aan de universiteit Utrecht. In Nederland wil ik het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht onderzoeken en in beeld brengen.

Doel van het interview

Er bestaat al heel veel kennis over overgewicht. Toch wil ik graag adolescenten zélf interviewen om meer te weten te komen hoe zij denken en kijken naar hun eigen overgewicht. Uiteindelijk hoop ik dus met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan het verbeteren van de hulpverlening naar jongeren met overgewicht toe. Daarvoor ga ik 20 jongeren (leeftijd tussen de 12 en 21 jaar) interviewen. Ik zal een aantal vragen zal stellen die gaan over jou. Een fout antwoord bestaat hierbij niet. De interviews zullen ongeveer 30 minuten duren en kan telefonisch plaatsvinden. Tijdens het interview kun je altijd aangeven wanneer je een vraag niet wilt beantwoorden dit is geen probleem. Ook leuk, met de deelname aan het onderzoek kun je vijf euro verdienen.

Jouw antwoorden

Jouw antwoorden worden gebruikt voor mijn onderzoeksrapport. Ik zou ons gesprek graag willen opnemen, dit werk ik later dan uit (alleen ik zal deze gegevens beluisteren). Daarnaast zullen alle gegevens geanonimiseerd worden, dit betekent dat ik jouw echte naam niet aan de onderzoeksresultaten zal koppelen. Op basis van deze uitkomsten zullen aanbevelingen gedaan worden naar instanties die met jongeren samenwerken en/of betrokken zijn bij jongeren met overgewicht.

Hopelijk tot gauw,

Marie-José van Gorp
m.t.vangorp3@students.uu.nl
06-24214265

Bijlage 3

Informatieblad en toestemmingsformulier voor ouders van de respondenten

Geachte heer of mevrouw,

Mijn naam is Marie-Jose van Gorp. Ik ben master student Communicatie Beleid en Management aan de universiteit Utrecht. In Nederland wil ik het zelfbeeld van adolescenten met overgewicht in beeld brengen. Jongeren Op Gezond Gewicht en de GGD verleent medewerking aan een afstudeeronderzoek dat wordt uitgevoerd in het kader van een masterscriptie aan de Universiteit van Utrecht. Het betreft onderzoek waarvoor de deelname van adolescenten in de leeftijdscategorie van 12 tot en met 21 onontbeerlijk is.

Mijn onderzoek heeft als doel om het zelfbeeld van een adolescent met overgewicht in kaart te brengen. De vraag is namelijk wat adolescenten met overgewicht van hun eigen overgewicht vinden. Zowel het beleid als de interventies die voortvloeien uit het beleid dienen uiteindelijk afgestemd te worden op de visie van de adolescent met overgewicht. Uw zoon of dochter heeft aangegeven mee te willen doen aan het onderzoek en daarvoor heb ik uw toestemming als ouder/voogd/zorgdrager nodig.

Voordat het onderzoek begint, is het belangrijk dat u kennisneemt van de procedure die in dit onderzoek wordt gevolgd. Leest u daarom het onderstaande s.v.p. zorgvuldig door. Als u onderstaand formulier ingevuld zou willen opsturen naar m.t.vangorp3@students.uu.nl of meegeven aan uw kind zodat deze mij terecht komt. Bij voorbaat hartelijk dank!

Instructie en procedure

Voor mijn onderzoek worden 18 adolescenten geïnterviewd. Deze interviews zijn kwalitatief van aard. We beginnen het interview door de adolescent een tekening van zichzelf te laten maken en aan de hand daarvan zal ik vragen stellen die gaan over het zelfbeeld. De adolescenten zullen een op een geïnterviewd worden aangezien het een gevoelig en persoonlijk onderwerp betreft. In dit onderzoek is het echt van belang dat de individuele perceptie van de respondent gehoord wordt.

De interviews zullen ongeveer een half uur duren. Daarnaast worden de interviews opgenomen en aan de hand daarvan getranscribeerd (alleen de onderzoeker zal deze gegevens beluisteren). Om de privacy van de respondenten te waarborgen worden de interviews volledig geanonimiseerd. De echte naam van uw kind zal dus niet in het onderzoeksrapport verschijnen of in de bijlagen.

Als uw kind niet aan het onderzoek wil meedoen, of als u niet wilt dat uw kind aan het onderzoek deelneemt, dan wordt uw kind niet in het onderzoek opgenomen. Als uw kind gaandeweg besluit dat zij/hij wil stoppen, dan kan dit op elk moment, zonder opgaaf van redenen en zonder dat dit op enige wijze gevolgen voor uw kind zal hebben. Ook kunt u na dit onderzoek alsnog uw toestemming om gebruik te maken van de gegevens van uw kind intrekken. Mocht uw kind haar/zijn medewerking staken, of mocht u binnen 24 uur uw toestemming intrekken, dan zullen de gegevens van uw kind verwijderd uit de bestanden en vernietigd worden.

Ongemak, Risico's en Verzekering

Dit onderzoek draagt in principe geen risico's voor de gezondheid of veiligheid van het kind met zich mee hiervoor is dan ook geen speciale verzekering afgesloten. De onderzoeker stelt zich hiervoor niet aansprakelijk.

Vertrouwelijkheid van onderzoeksgegevens

De antwoorden van uw kind worden gebruikt voor het onderzoeksrapport. Op basis van deze uitkomsten zullen er aanbevelingen gedaan worden naar instanties die met het kind samenwerken of betrokken zijn bij jongeren met overgewicht.

Voor meer informatie over dit onderzoek en de uitnodiging tot deelname kunt u te allen tijde contact opnemen met mijn begeleider Dr. M.H. Winnubst, Universiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511ZC Utrecht; m.h.winnubst@uu.nl. Een vertrouwelijke behandeling van uw klacht of opmerking is daarbij gewaarborgd.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en dank u bij voorbaat hartelijk voor uw goedkeuring en vertrouwen, van deelname van uw kind, aan dit onderzoek dat voor mij (en uw kind) van grote waarde kan zijn. Indien de geïnterviewde jonger is dan 16 jaar, is toestemming voor dit interview gewenst van een ouder, voogd, verzorger of professionele begeleider. Als u onderstaand formulier ingevuld zou willen opsturen naar m.t.vangorp3@students.uu.nl of meegeven aan uw kind zodat deze mij terecht komt. U kunt ook bellen voor meer informatie.

Met vriendelijke groet,

Marie-José van Gorp

06-24214265

m.t.vangorp3@students.uu.nl

Toestemmingsformulier ouders

Voor de ouders/verzorgers: Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze, mondeling en schriftelijk, te zijn ingelicht over de aard, risico's en belasting van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. De schriftelijke informatie behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname van mijn kind aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven.

Naam eerste ouder of voogd:

Datum:

Handtekening:

Naam tweede ouder of voogd:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4 Overzicht respondenten

Nr.	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Plaats	Nationaliteit	Contactwijze
1	Meisje	18 jaar	Vmbo	Den Bosch	Nederlands	Face to face
2	Meisje	15 jaar	Vmbo	Den Bosch	n.w.a.*	Face to face
3	Jongen	14 jaar	Vmbo	Den Bosch	n.w.a	Face to face
4	Meisje	18 jaar	Hbo	Den Bosch	Nederlands	Gebeld
5	Jongen	14 jaar	Vmbo	Utrecht	n.w.a.	Face to face
6	Meisje	18 jaar	Vwo	Naarden	Nederlands	Gebeld
7	Meisje	15 jaar	Havo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
8	Jongen	20 jaar	Mbo	Wageningen	Nederlands	Gebeld
9	Jongen	16 jaar	Vmbo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
10	Meisje	18 jaar	Vmbo	Hengelo	Nederlands	Gebeld
11	Jongen	16 jaar	Vmbo	Hengelo	Nederlands	Gebeld
12	Jongen	19 jaar	Mbo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
13	Jongen	19 jaar	Mbo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
14	Meisje	19 jaar	Hbo	Eindhoven	Nederlands	Gebeld
15	Meisje	19 jaar	Vwo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
16	Jongen	20 jaar	Vmbo	Hengelo	Nederlands	Gebeld
17	Meisje	18 jaar	Vwo	Utrecht	Nederlands	Gebeld
18	Meisje	18 jaar	Vwo	Hengelo	Nederlands	Gebeld

* *niet westerse achtergrond*

Bijlage 5 Codeboom

Open coderen

1. vertrouwen in zelf
2. afwijzing
3. angst
4. beleidsmaatregelen
5. gezondheid
6. hulpverlening
7. rol sociale media
8. innerlijke standaard
9. inspraak overheidsbeleid
10. interne druk om af te vallen
11. invloed sociale omgeving
12. maatschappelijke druk
13. mee komen met leeftijdsgenoten
14. motivatie om overgewicht tegen te gaan
15. onzekerheden
16. oorzaken overgewicht
17. oplossing in de strijd tegen overgewicht
18. overgewicht vaststellen
19. positieve/negatieve rol zelfbeeld
20. stress
21. succesvol
22. vinden jongeren zichzelf te zwaar

Axiaal coderen

1. Gezondheid
 - wat is gezondheid volgens de respondenten?
 - vinden zij zichzelf gezond?
 - zijn zij zich bewust van de gezondheidsrisico's en doet dit iets met hen?
2. Stress
 - druk om te voldoen maatschappelijke norm
 - impact sociale media
 - maatschappelijke druk
3. Angst
4. Succesvol
 - zelfeffectiviteit ten aanzien van overgewicht
 - prestaties

5. Sociale goedkeuring (ten aanzien van het uiterlijk)
 - impact sociale omgeving
 - mee kunnen komen met leeftijdsgenoten
 - hulpverlening (behoefte)
 - positieve/negatieve rol zelfbeeld
6. Afwijzing
7. Innerlijke standaard
 - zijn de jongeren blij/ trots met zichzelf
 - onzekerheden
8. Rol preventief overheidsbeleid
 - bewustzijn?
 - Rol op het zelfbeeld
9. Motivatie
 - zijn de respondenten zich bewust van hun overgewicht?
 - hoe is het overgewicht vastgesteld en klopt dit bij hoe zij zich voelen?
 - zijn zij gemotiveerd om hun overgewicht tegen te gaan en zo ja, hoe?

Selectief coderen

1. bewustzijn van het overgewicht
2. motivatie om overgewicht tegen te gaan
3. rol van angst en stress op zelfbewustzijn
4. rol van 'druk' uit de maatschappij op zelfbewustzijn
5. innerlijke standaard
6. attributie van prestatie en succes
7. rol sociale omgeving op zelfwaardering
8. gezondheid als normatief begrip
9. preventief overheidsbeleid